



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 3

№ 1 (5)

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

2017

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

М42 Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт
медицинского права, 2017. Том 3. № 1 (5). 328 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 Всероссийской научно-практической конференции «Становление правовой медицины в России», состоявшейся в г. Сергиев Посад 1-3 июня 2017 года.

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

© Национальный институт медицинского права, 2017

**ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**СТАНОВЛЕНИЕ ПРАВОВОЙ МЕДИЦИНЫ
В РОССИИ**

Сергиев Посад

Свято-Троицкая Сергиева Лавра
Московская духовная академия

1-3 июня 2017 года

Организатор:

Национальный институт
медицинского права

Содержание

<i>От редакционной коллегии.....</i>	11
--------------------------------------	----

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Алиева Д.А., Поспелова С.И.

ПРАВОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ ПРЕЗУМПЦИИ СОГЛАСИЯ НА ДОНОРСТВО ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА В РОССИИ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ.....	13
--	----

Бабенко В.О., Фарбер Е.В.

ОБЗОР ЭТИЧЕСКИХ И ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕГУЛИРОВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	19
---	----

Гусев С.И., Грачева Т.Ю., Москвина Я.В., Берсенева Е.А. Сорокина В.А.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ АУТРИЧ-РАБОТЫ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ КАК ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	27
--	----

Каминская О.Н.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ.....	33
---	----

Никитин М.В., Мелехин О.Ю.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ КУРОРТНОГО ДЕЛА САНАТОРНО-КУРОРТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РОССИИ.....	40
--	----

Предеина И.В., Бобровская О.Н., Ханиш Штефан

К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ СТАТУСЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ НОРМЫ И РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО	46
--	----

Пучинян В.С., Бобровская О.Н.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	56
---	----

Сундуков Д.В., Романова О.Л., Баринев Е.Х., Баширова А.Р.

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА.....	62
---	----

Тимофеев И.В.

ПОКАЗАНИЕ К МЕДИЦИНСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ И ПОКАЗАННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ).....	71
---	----

Тимофеев Ю.С., Тимофеева М.Ю.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СООТНОШЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕР В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ У ДЕТЕЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА 77

Тюрина Т.В., Жуков Д.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСТУПА СТРАХОВЫМ ОРГАНИЗАЦИЯМ К СВЕДЕНИЯМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ 85

Тюрина Т.В., Жуков Д.А., Латашенко М.Д., Волков И.В.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 91

Фарбер Е.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОНЯТИЯ И ФОРМУЛИРОВКИ МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЫ..... 97

Эртель Л.А.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ..... 103

КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бобровская О.Н.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КРИТЕРИЯМ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ЕЕ ОКАЗАНИЯ, ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫБОРА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ И СТЕПЕНИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА (ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ) 116

Зиганурова З.З., Бобровская О.Н.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЕЛЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ..... 122

Калецкий Е.Г.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ АКТАМИ 131

Кузьмин С.Б.

ВЫЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ДЕФЕКТОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ 139

Кузьмин С.Б., Смирнова М.Н.

ПРОБЛЕМА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В НЕОНАТОЛОГИИ..... 145

Москвина Я.В., Грачева Т.Ю.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ, СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: АУТРИЧ-РАБОТА, КАК ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ 150

Москвина Я.В., Самусь И.В.

ОФОРМЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ КАК СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 159

Москвина Я.В., Селедцов А.М., Грачева Т.Ю.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ЛИЦАМ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 168

Тимофеева М.Ю.

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ВЛИЯНИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ 176

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

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

ПИСЬМЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА В СУДЕБНОМ ПРОЦЕССЕ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ..... 184

Красюк С.В., Павлова Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЖИЗНИ И (ИЛИ) ЗДОРОВЬЮ НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 191

Кузнецов С.В., Кузнецова А.А.

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОРЯДКОВ И СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА 201

Куранов В.Г., Мурзабаева С.Ш.

ФОРМИРОВАНИЕ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСУ ЗАЩИТЫ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ГЛАВА 31.1 КОДЕКСА АДМИНИСТРАТИВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)..... 208

Мелихов С.Ю.

ОСОБЕННОСТИ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОЦЕНКИ ОТКАЗА РОДИТЕЛЕЙ
ОТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ214

Саяпина С.М., Роцин Д.О.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА В УГОЛОВНОМ ПРЕСЛЕДОВАНИИ222

**НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
ПРАВОВЫЕ И ЭКСПЕРТНЫЕ ВОПРОСЫ**

Ерофеев С.В., Семенов А.С., Астраух А.А., Федорова А.С.

ДОПРОС КАК СРЕДСТВО ПОЛУЧЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ПО ДЕЛАМ
О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ229

Збруева Ю.В., Джувалыков П.Г., Богомолов Д.В.

РОЛЬ ЯТРОГЕНИИ В ТАНАТОГЕНЕЗЕ.....243

Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗ
ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ249

Клевно В.А., Кононов Р.В.

ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В КОНТЕКСТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА261

Кузьмичев Д.Е., Квасова О.О., Скребов Р.В., Чирков С.В.,

Вильцев И.М., Баринов Е.Х.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ
ПОТЕРПЕВШИХ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ ПО ДАННЫМ
АРХИВА ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В ГОРОДЕ ЛАНГЕПАСЕ»
ВОСТОЧНОГО ОТДЕЛА КУ ХМАО-ЮГРЫ «БСМЭ» ЗА 10 ЛЕТ (2006-2016).....268

Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Баринов Е.Х., Кузьмичева Т.Г.,

Шакиров И.И., Штрек Л.А.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ У ЛИЦ
МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА НА ТЕРРИТОРИИ ВОСТОЧНОГО ОТДЕЛА
КАЗЕНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА 2012-2013 ГОДЫ273

Купрюшин А.С., Мурадян М.М., Павленко К.И.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА:
ПРАКТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....281

Манина Е.И., Баринов Е.Х., Манин А.И., Манин О.И.

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИОННЫХ
МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЗУЮЩИХСЯ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ
ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ298

Павлова А.А.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА
В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ.....305

Сидорович Ю.В., Веселкина О.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ:
СТРУКТУРА, ИСХОДЫ РАССМОТРЕНИЯ ДЕЛ СУДАМИ
И СЛЕДСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ, ПРИМЕРЫ.....316

От редакционной коллегии

Выпуск данного номера журнала посвящен правовым, социальным и этическим аспектам современной медицинской деятельности и приурочен к итогам работы Всероссийской научно-практической конференции «Становление правовой медицины в России», которая состоялась 1-3 июня 2017 года, в Московской духовной академии Русской Православной Церкви в Свято-Троицкой Сергиевой лавре (г. Сергиев Посад).

Уникальность данного научного форума подчеркнул в своем приветствии участникам конференции Ректор Московской духовной академии Архиепископ Верейский Евгений Викарий Святейшего Патриарха Московского и всея Руси, который отметил, что сам факт проведения данного научного форума в Московской духовной академии свидетельствует о том, что рассматриваемые проблемы не могут рассматриваться в отрыве от реалий духовной природы и жизни человека. Архиепископ выразил надежду, что конструктивный диалог представителей медицинского сообщества, специалистов в области юриспруденции, философии, этики и богословия окажет влияние на формирование корпуса норм медико-социальных правовых отношений, что в свою очередь благотворно скажется на духовном и физическом здоровье человека.

Президент Национального института медицинского права, заведующий кафедрой медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Почетный член Правления Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор Юрий Дмитриевич Сергеев также подчеркнул, что конференция стала площадкой для поддержки научной, образовательной и практической деятельности, позволяющей объединить усилия различных представителей медицинского и юридического сообщества.

В программе конференции были рассмотрены наиболее важные проблемы современной медицинской деятельности, проведен анализ судебной и экспертной практики, обсуждены проблемные вопросы

качества и безопасности медицинской деятельности, сформированы ключевые моменты концепции правовой защиты интересов медицинской организации с целью минимизации правовых и экономических рисков и многое другое.

В рамках конференции прошли сессионные заседания и круглые столы, была организована работа дискуссионных площадок с возможностью получить индивидуальные консультации ведущих экспертов.

В конференции приняли участие представители практически всех субъектов Российской Федерации: руководители органов управления здравоохранения и медицинских организаций, практикующие врачи различных специальностей, руководители юридических отделов и юрисконсульты медицинских организаций, судебно-медицинские эксперты, представители органов законодательной власти, судебных и следственных органов.

Необходимо отметить, что объединение усилий медицинского и юридического сообщества, обсуждение проблем в сфере правового обеспечения медицинской деятельности, выработка практических решений по данным вопросам способствуют повышению уровня правовой защищенности не только пациентов, но и медицинских работников.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Алиева Д.А., Поспелова С.И.

ПРАВОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ ПРЕЗУМПЦИИ СОГЛАСИЯ НА ДОНОРСТВО ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА В РОССИИ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Статья посвящена сравнительно-правовому анализу законодательства Российской Федерации и зарубежных стран в сфере донорства и трансплантации органов и тканей человека, выявлению проблем правового регулирования и разработке путей решения проблемы дефицита донорских органов.

Ключевые слова: трансплантология, донорство органов, дефицит донорских органов, презумпция согласия.

Aliyeva D.A., Pospelova S.I.

LEGAL MECHANISMS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE MODEL OF THE PRESUMPTION OF CONSENT TO DONATE ORGANS AND TISSUES IN RUSSIA AND FOREIGN COUNTRIES

The article is devoted to legal analysis of the legislation in the field of transplantation and organ donorship activities in the Russian Federation and foreign countries, analyze problems and offer some solutions to the shortage of donor organs.

Keywords: transplantology, organ donation, the lack of donor organs, the presumption of consent.

Медицина постоянно развивается и ищет новые пути и методы лечения, которые помогают бороться с заболеваниями. Одним из таких методов является трансплантация органов, которая является высокоэффективным методом оперативного вмешательства, подразумевающая выполнение двух последовательных этапов: эксплантации органа у донора и имплантации данного органа в организм реципиента. Пересадка органов помогает сохранить жизнь и здоровье пациентов с терминальными формами заболевания. Однако возможности данной обла-

сти медицины остаются практически нереализованными ввиду ограниченного числа органов, доступных для выполнения пересадок.

Проблема дефицита донорских органов для пересадки крайне остро стоит практически во всех странах мира. Так, по статистике американского реестра по донорству и трансплантации (ОРИТ) каждые 10 минут лист ожидания пополняется новым пациентом и в среднем 18 человек ежедневно умирает, не дождавшись органа для пересадки, донорских органов и увеличения донорской активности среди населения [1 с. 1]. Соотношение количества донорских пересадок с численностью населения значительно варьируется от страны к стране. Лидером по количеству выполненных пересадок на миллион жителей является Испания – 86,4, средние показатели по странам Европы в разы превосходят показатели по России [2].

Существуют две основные модели правового регулирования изъятия органов и тканей после смерти человека в мировой практике [3, с. 5]:

- Система «испрошенного согласия», которая закрепляет необходимость наличия прижизненного волеизъявления лица (или его родственников после его смерти) на изъятие органов и тканей после смерти, характерна для США, Швеции, Португалии, Дании, Германии, Австралии, Канады и ряда других стран.
- Система «презумпции согласия», которая предусматривает необходимость заявления либо лица (при жизни), либо его родственников о своем несогласии на изъятие органов и тканей после смерти, действует в таких странах Европы как: Чехия, Германия, Венгрия, Испания, Австрия, Финляндия, Норвегия и другие.

В российской правовой системе с 1992 года реализуется вторая модель (Закон РФ от 22 декабря 1992 г. №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека») [4]. Следует отметить, что Федеральный Закон РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5] в действующую модель внес определенные коррективы – закрепил в основе функционирования органного донорства двойственную

модель, согласно которой «презумпция согласия» применяется при изъятии органов и тканей у совершеннолетнего и дееспособного лица, а при изъятии органов и тканей у несовершеннолетнего или недееспособного лица действует система «испрошенного согласия». Законодательная база предоставляет достаточно широкие рамки для забора органов после смерти, однако, показатели по количеству доноров в России остаются значительно ниже по сравнению с развитыми странами. По экспертным оценкам потребность в пересадке органов удовлетворена лишь для десятой части нуждающихся больных [6, с. 14].

На сегодняшний день Всемирной Организацией Здравоохранения Испанская модель органного донорства рекомендована как наиболее эффективная система организации донорства, основным принципом которой является систематический и организационный подход к процессу посмертного донорства.

Для координации всех вопросов донорства и трансплантации в Испании в 1989 году была создана Национальная трансплантационная организация (National Transplant Organization). Примечательно, что координация донорской деятельности в Испании структурирована на трех взаимосвязанных уровнях: национальном, который представлен Национальной Трансплантационной Организацией (ONT), региональном (17 региональных координационных центров) и госпитальном. Госпитальный уровень координации представлен сетью больниц, которые занимаются трансплантационной деятельностью.

Основным элементом испанской системы является трансплантационный координатор: это врач интенсивной терапии, который назначается в каждой больнице и призван облегчить раннее выявление и направление возможных доноров. Он назначается и отчитывается перед руководством больницы, поэтому независим от трансплантационной бригады. Благодаря тесному взаимодействию со средствами массовой информации в Испании удалось достичь благоприятного социального климата в отношении донорства. Наконец, как и в любой другой медицинской деятельности, осуществляемой в рамках системы общественного здравоохранения, больницам выплачивается компенсация за их донорскую и трансплантационную деятельность.

В Королевстве Нидерландов действует закон о трансплантации Wet op de orgaandonatie (принят 24 мая 1996 года), который устанавливает применение модели испрошенного согласия правового регулирования донорства в государстве. В Голландии разработана процедура регистрации доноров и актов отказа от донорства. В соответствии со ст. 10 закона органы местной власти обязаны рассылать стандартизированные формуляры для фиксации волеизъявлений каждому жителю, достигшему 18-летнего возраста, заносить полученные данные в национальный регистр и предоставлять эту информацию в распоряжение медицинских учреждений.

В Бельгии презумпцию согласия положил в основу правового регулирования донорства Закон от 13 июня 1986 года об изъятии и трансплантации органов (Wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen) [7 с. 89], который и обусловил особенности существующей системы донорства [8 с. 37]. Особенность бельгийской модели связана с наличием Регистра отказов от акта донорства и регистрации в качестве донора. Граждане Бельгии получают через органы местной власти стандартизированные формуляры для разъяснения их отказа от посмертного донорства или согласие на проведение данного изъятия. Местные органы власти обязаны после получения заполненных формуляров направить данную информацию в Центр переработки информации Министерства народного здоровья и семьи. Данное министерство обобщает и систематизирует актуальную информацию для ее предоставления в случае решения вопроса о допустимости посмертного изъятия органов для трансплантации, это позволяет в короткие сроки установить, является ли конкретное лицо донором.

Основываясь на практике зарубежных стран, представляется возможным предложить следующие пути решения проблемы нехватки донорских органов в России:

- Создание центрального органа, осуществляющего контроль и надзор за донорской и трансплантационной деятельностью;
- Закрепление на законодательном уровне четких механизмов выражения прижизненного волеизъявления граждан в отношении посмертного донорства;

- Повышение уровня информированности населения о субъективных правах и обязанностях участников рассматриваемых правоотношений и пропаганда посмертного донорства в средствах массовой информации;
- Создание федерального регистра доноров органов, донорских органов и пациентов (реципиентов);
- Введение должности трансплантационного координатора.

Сформулированные предложения нашли отражение в Проекте федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» [9], принятие которого позволит усовершенствовать механизм правового регулирования трансплантации органов и обеспечит дальнейшее развитие трансплантологии в России.

Создание грамотной правовой базы, регулирующей донорство и трансплантацию органов человека – это сложная, многогранная задача, которую совместно должны решать специалисты в области права, медицины и биоэтики [10, с. 176].

Список литературы:

1. Organ Donation and Transplantation // U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. Февраль 2010. С. 1-5.
2. Расчеты по 28 странам Европы по International Figures On Donation And Transplantation – 2011 // Newsletter. Том 17 (1). Сентябрь 2012.
3. Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования // Медицинское право. 2006. №2. С. 3-9.
4. Готье С.В., Хомяков С.М. Оценка потребности населения в трансплантации органов, донорского ресурса и планирование эффективной сети центров трансплантации // Вестник трансплантологии искусственных органов. 2013, XV (3): с. 11-24
5. Российская газета от 9 января 1993 г. №4.
6. Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. №48, ст. 6724
7. Wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen // Belgisch Staatsblad. 14.02.1987. Сmp. 87-311
8. Kühn H.-C. Die Motivationslösung: neue Wege im Recht der Organtransplantation // Berlin: Duncker und Humboldt. 1998. С. 37.

9. <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8145-proekt-federalnogo-zakona-o-donorstve-organov-cheloveka-i-ih-transplantatsii%C2%BB> (дата обращения 1.06.2017).
10. Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. О некоторых аспектах проекта Федерального закона «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке)». // «Научные труды V Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву» (под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева). – НИМП. – 2013 г. – С.173-176.

Об авторах:

Алиева Дюрдана Аластановна – студентка 5 курса медико-профилактического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: dyurdana.alieva@mail.ru

Поспелова Светлана Игоревна – доцент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: medpravo.pospelova@mail.ru

Aliyeva Durdana Alastanovna – 5th year student, faculty of preventive medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Svetlana Igorevna Pospelova – associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Алиева Д.А., Поспелова С.И., 2017

Бабенко В.О., Фарбер Е.В.

ОБЗОР ЭТИЧЕСКИХ И ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕГУЛИРОВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере оказания паллиативной медицинской помощи с целью формирования системного и целостного представления о проблеме и выражения авторского взгляда на некоторые аспекты её решения.

Ключевые слова: эвтаназия, паллиативная медицинская помощь, хоспис, ВИЧ-инфекция.

Babenko V.O., Farber E.V.

REVIEW OF THE LEGAL AND ETHICAL ASPECTS AND REGULATION OF PALLIATIVE CARE IN RUSSIAN FEDERATION

Present article is devoted to analysis of legislation in the area of palliative care. The main purpose is to represent problem conception and express author's opinion about some solution aspects.

Keywords: euthanasia, palliative care, hospice, HIV-infection.

Современная медицина предоставляет широкий спектр возможностей адекватного лечения. Но в ряде случаев и она бессильна и рано или поздно врач встречает больного, которого вылечить невозможно. Выбор правильного порядка действий в таком случае всегда труден. Часто врачи продолжают лечение даже будучи уверенными в его неэффективности и бесполезности, поэтому в альтернативе – признать пациента неизлечимо больным и сообщить ему об этом. Это происходит отчасти по причине нехватки духа, отчасти из-за нежелания обременяться лишней ответственностью за принятое решение, отчасти из-за робости натуры, из-за боязни отступить от спущенных сверху инструкций, из-за нежелания впоследствии признавать свою несостоятельность как профессионала и по многим другим причинам, которые заслуживают отдельного обсуждения.

Право на жизнь как неотъемлемое право каждого человека закреплено на международном уровне в таких документах как Всеобщая декларация прав человека (1948) [1], Международный

Пакт «О гражданских и политических правах (1966) [2] и др., а также содержится в конституциях большинства стран, в том числе в Конституции Российской Федерации (ст. 20) [3].

Несмотря на резолюцию парламентской ассамблеи Совета Европы «По правам больных и умирающих людей» (1999) [4], к так называемому «праву на смерть» мировое сообщество относится отрицательно [5]. Суицид порицается всеми религиозными конфессиями, а неудачная попытка свести счеты с жизнью ведет прямиком в психиатрический стационар. Но далеко не все могут решиться «собственноручно» прервать свою жизнь, даже испытывая невыносимую боль и страдания, поэтому просят других людей, в т.ч. медицинский персонал, облегчить страдания и ускорить их «уход». В таких ситуациях наиболее логичным представляется эвтаназия, ведь врач, в первую очередь, гуманист и его цель – максимально облегчить страдания безнадежного больного. Но клятва Гиппократова гласит: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла». Более того, мир, представленный большинством цивилизованных стран, не приемлет эвтаназию. В России эвтаназия запрещена в соответствии с федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 45) [6] и согласно Уголовному кодексу Российской Федерации приравнивается к убийству, влекущему за собой уголовную ответственность и суровое уголовное наказание (ст. 105) [7].

Принятие комплекса мер по облегчению страданий больного вряд ли кто-то найдет предосудительным, поэтому «универсальным» средством обеспечения достойной смерти тем, кого уже не вылечить, можно считать паллиативную медицинскую помощь.

Законодательство, регулирующее паллиативную медицинскую деятельность, присутствует не только на международном уровне, в Российской Федерации паллиативная медицинская помощь закреплена в Законе №323-ФЗ. Согласно закону, паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан (ст. 36) [6].

Основным документом, регулирующим оказание паллиативной медицинской помощи, на сегодняшний день можно считать Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (далее по тексту – Приказ Минздрава России №187н, Приказ №187н) [8].

Необходимо отметить несколько моментов, касающихся сути самого понятия:

1. Паллиативная медицинская помощь оказывается только неизлечимо больным. Временные мероприятия по облегчению страданий проходящим курс лечения с прицелом на полное выздоровление к исходному понятию не относятся (п. 1, 5) [8];
2. Паллиативная медицинская помощь не подразумевает медицинских вмешательств, направленных на увеличение или уменьшение остатка жизни пациента. Однако при этом меры паллиативного характера могут приниматься наряду с классическим лечением, направленным на увеличение продолжительности жизни. К примеру, паллиативная помощь применима к ВИЧ-инфицированным на ранних стадиях заболевания вкупе с высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ).

Паллиативная помощь в общем случае может осуществляться:

1. Хосписом;
2. Больницей сестринского ухода;
3. Отделением сестринского ухода медицинской организации (больницы).

Во всех вышеперечисленных местах пациент может получить стационарную паллиативную помощь при условии необходимости постоянного наблюдения врача или/и обеспечения должным сестринским уходом. При отсутствии этой необходимости помощь осуществляется в амбулаторном порядке в кабинете паллиативной медицинской помощи или выездной патронажной службой. Деятельность этих подразделений регламентируется приложениями 1-3 (кабинет) и 4-6 (патронажная служба). В приложениях также обозначены правила организации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения всех вышеперечисленных структур.

Для ВИЧ-инфицированных пациентов существует отдельный приказ Минздравсоцразвития РФ №610 г. Москва «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией» [9], согласно которому список мест, где возможно получение паллиативной помощи, дополнен:

1. отделением медико-социальной реабилитации и правовой помощи, клинко-диагностическое отделение территориального центра СПИД;
2. кабинетом инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений;
3. наркологическим реабилитационным центром;
4. центром общей врачебной (семейной) практики;
5. медико-социальным отделением центров и комплексных центров социального обслуживания.

Порядок направления больного в соответствующее учреждение на определенного вида помощь (амбулаторную или стационарную) зависит от заболевания. Для онкобольных, как наиболее частых пациентов, нуждающихся в такой помощи, он отдельно обозначен в пунктах 9, 10, 11. При наличии гистологически верифицированного диагноза врач-онколог единолично имеет право направить пациента на помощь в любых условиях (амбулаторных или стационарных) (п. 9 абз. 1, п. 10 абз. 1). В случае отсутствия гистологически верифицированного диагноза, но при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения направление на паллиативную помощь (в амбулаторных и стационарных условиях) осуществляется врачами общей практики и врачами-терапевтами участковыми по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой пациент проходит лечение (п. 9 абз. 2, п. 10 абз. 2, п. 11).

Врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской помощи, выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи, хосписов, отделений паллиативной медицинской помощи также имеют право направлять пациентов в соответствующие учреждения на оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (п. 10 абз. 1).

Направление пациентов с иного рода заболеваниями осуществляется только по решению специально собранной врачебной комиссии.

Законодательство в рассматриваемой сфере содержит еще ряд нормативных правовых актов разных уровней. Но, по мнению автора, в этой сфере содержится ряд серьезных упущений.

Наиболее существенное упущение заключается в том, что закон видит паллиативную помощь как исключительно медицинскую. В ст. 45 Закона №323-ФЗ [6] и в разобранный выше порядке практически полностью отсутствуют пункты, затрагивающие куда более важные психологические аспекты. Главная цель – избавление человека от страданий, причем акцент делается на физической боли, которая является составляющей частью всех нужд пациентов. Обезболивание – не единственная, а в некоторых случаях даже не главная мера. Когда идет речь о хосписах, то целесообразнее сделать акцент на младшем и среднем медицинском персонале. Именно эти люди чаще всего находятся рядом с пациентами и непосредственно с ними контактируют, к ним пациенты предпочитают обращаться в первую очередь, имея вопросы, чувствуя тревогу и т.п.

Если рассуждать шире, то психологическая помощь требуется не только пациенту, а также его родным и близким. С этими задачами также успешно справляются священнослужители различных конфессий, сестры милосердия и волонтеры многочисленных организаций. Необходимость вышеперечисленных людей недооценена и не отражена в законодательстве должным образом. По этой причине государством не ведется таких необходимых кампаний по специальной подготовке персонала медицинских учреждений и по привлечению к взаимодействию представителей различных конфессий и общественных организаций с пациентами.

Стоит отметить также другую проблему современного состояния паллиативной медицины. Назначение и оборот необходимых пациентам наркотических обезболивающих лекарственных средств связаны с необходимостью оформления большого количества медицинской документации. В случае нарушения установленных инструкций предусмотрена уголовная ответственность (ст. 233 УК РФ).

Согласно руководства ВОЗ по обезболиванию при раковых заболеваниях обязанностью врача является немедленное купирование болевых симптомов любой силы любыми средствами [10]. Тем не менее, в России многие врачи предпочитают избегать процедуры назначения наркотических препаратов из-за незнания и постоянного изменения законодательства, предусматривающего уголовную ответственность за ее нарушение.

В ходе пресс-конференции Национальной службы новостей, посвященной проблемам паллиативной медицинской помощи, Президент благотворительного Фонда помощи хосписам «Вера» Анна Федермессер сообщила о том, что по статистике больше половины всех произведенных наркотических обезболивающих препаратов не используются и по окончании их срока годности просто утилизируются, так и не принеся необходимого обезболивания пациентам [11]. Даже после внесения изменений по предложению, поступившего от фонда «Вера», к Федеральному закону №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» [12] о смягчении ответственности, на практике ситуация сильно не поменялась [13].

Здесь вырисовывается еще одна важная проблема – недостаточная информированность о собственных правах и обязанностях медицинских работников. На государственном уровне не иницируется массовая просветительская работа. В основном она проводится некоммерческими организациями и этого очевидно недостаточно. У населения также не сформировано адекватного отношения к перенесению хронического болевого симптома, а именно незнание права потребовать в медицинском учреждении необходимых действий со стороны медицинского персонала и лекарственных препаратов для уменьшения и (или) устранения болевого синдрома. Просветительской работе также препятствует тот факт, что как нарушение закона трактуется упоминание наркотических препаратов и призыв их использовать в медицинских целях. Так, в п. 2 ст. 46 Федерального закона №3-ФЗ закреплено: «Запрещается пропаганда каких-либо преимуществ в использовании отдельных наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров, новых потенциально опасных психоактивных веществ, наркосодержащих растений, в том числе пропаганда использования в медицинских целях

наркотических средств, психотропных веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, наркосодержащих растений, подавляющих волю человека либо отрицательно влияющих на его психическое или физическое здоровье».

В заключение настоящей статьи необходимо сделать следующие выводы:

Во-первых, требуется пересмотр законодательной базы, в частности смещение акцента с исключительно медицинской стороны вопроса на этическую, а также психологическую.

Во-вторых, необходимо проведение большой просветительской работы как среди работников здравоохранения, так и среди населения.

В-третьих, есть насущная потребность в детальной проработке нормативно-правового урегулирования взаимоотношений между государственными структурами и общественными организациями, например, в возможности передачи общественным организациям части полномочий и предоставления им дополнительных средств.

Список литературы:

1. Всеобщая декларация прав человека / Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года // URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr (дата обращения: 01.04.2017)
2. Международный Пакт от 16.12.1966 «О гражданских и политических правах» // URL: <http://legalacts.ru/doc/mezhdunarodnyi-pakt-ot-16121966-o-grazhdanskikh-i/> (дата обращения: 01.04.2017)
3. Конституции Российской Федерации URL: <http://www.constitution.ru/> (дата обращения: 01.04.2017)
4. Резолюцию парламентской ассамблеи Совета Европы «По правам больных и умирающих людей» (1999) / URL: <http://medlec.org/lek-159539.html> (дата обращения: 01.04.2017)
5. Парламентская Ассамблея Совета Европы приняла резолюцию по эвтаназии, выразив её неприятие. / Радио «Эхо Москвы» // URL: <http://www.novoteka.ru/seventexp/648948> (дата обращения: 03.04.2017)
6. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 03.04.2017)
7. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 17.04.2017) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» / URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179388/ (дата обращения: 04.04.2017)
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 сентября 2007 г. №610 г. Москва «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71891/ (дата обращения: 05.05.2017)
10. Обезболивание при раке Всемирная Организация Здравоохранения Женева 1988 ISBN 5—225—01792—4 // URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141317/1/5225017924.pdf>
11. Проблемы паллиативной медицины. Национальная служба новостей Прессконференция от 17.06.2015 г. // URL: <https://www.youtube.com/watch?v=vJdFvBrh4t0>
12. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 г. №3-ФЗ (последняя редакция) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/
13. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 31.12.2014 №501-ФЗ (последняя редакция) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_173151/

Об авторах:

Бабенко Владислав Олегович – студент 1 курса лечебного (ДОП) факультета Первого Московского автономного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовского университета), Москва, e-mail: vobabenko98@bk.ru

Фарбер Елена Владиславовна – юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского автономного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовского университета), Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Babenco Vladislav Olegovich – first year student of the medical (additional) faculty at Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

Farber Elena Vladislavovna – Lawyer, Senior Lecturer of the medical law faculty of preventive medicine department at Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

Гусев С.И., Грачева Т.Ю., Москвина Я.В., Берсенева Е.А., Сорокина В.А.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ АУТРИЧ-РАБОТЫ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ КАК ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Обсуждаются общие положения организации комплексных социальных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, реализуемых в целях профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков. Для достижения цели исследования оценивалось влияние метода АУТРИЧ – метод социальной работы, направленный на установление контактов и донесение информации, консультаций, средств профилактики до закрытых социальных групп, путем совместной работы различных специалистов. Установлены положительные эффекты внедрения АУТРИЧ-работы: не способствует росту потребления наркотиков, не оказывает отрицательного влияния на лечение наркозависимости, уменьшение опасности ВИЧ-инфицирования, уменьшение распространенности сопряженного с риском поведения. Центральным элементом эффективной АУТРИЧ-работы являются: направление пациентов в другие службы и внедрение АУТРИЧ в других службах, включая лечение наркотической зависимости, лечение абсцессов, тестирование на ВИЧ и консультирование, а также лечение инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ, туберкулеза и гепатита С. Эта работа предполагает ежедневный мониторинг с учетом клинических и социальных параметров.

Ключевые слова: наркологические пациенты; реабилитация; АУТРИЧ-терапия.

Gusev S.I., Gracheva T.Y., Moskvina Y.V., Berseneva E.A., Sorokina V.A.

LEGAL ASPECTS OF ORGANIZATION OF OUTREACH WORK WITH INJECTING DRUG USERS PREVENTION OF HIV INFECTION

General organization of comprehensive harm reduction programs – primary drug treatment to be implemented in order to prevent the spread of HIV / AIDS among injecting drug users. To achieve the objectives of the study evaluated the effect of OUTREACH method – a method of social work aimed at establishing contacts and deliver information, advice, prevention tools to closed social groups, by co-operation of various specialists. The positive effects of the inclusion of outreach – work: does not increase drug use has no negative impact on the treatment of drug addiction, reducing the risk of HIV infection, a decrease in the prevalence of risk coupled with the behavior. The central element of effective OUTREACH – work are: referrals to other services and the introduction of outreach in other services, including drug treatment, treatment of abscesses, HIV testing and counseling, and treatment of infections, sexually transmitted infections, HIV, tuberculosis and

hepatitis C. This work involves daily monitoring, taking into account the clinical and social parameters.

Keywords: drug addiction, prevention of drug complications, organization of social assistance to drug addicts.

Профилактики наркомании измеряется актуальностью и масштабами самой проблемы наркотической зависимости. С каждым годом проблема наркомании в России становится все острее [1, 3, 4]. Наркомания – заболевание является социальным, поскольку приводит к разрушению семей, распространению ВИЧ-инфекции [2]. В Российской Федерации все вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией, регулируются Федеральным законом «О предотвращении распространения на территории Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека». В России около 90% всех заражений приходится на молодых людей в возрасте 18-25 лет, основная часть которых – потребители инъекционных наркотиков. Недостаточно проводить только лечение наркологической зависимости, необходимо организовать социальную поддержку реабилитационного процесса [5, 6].

Аутрич (достижение во вне) – метод социальной работы, направленный на установление контактов и донесение информации, консультаций, средств профилактики до закрытых социальных групп в местах привычных для них. В данную полипрофессиональную группу включаются:

- консультации: специалистов по ВИЧ-инфицированию, социальных работников, юристов, врачей других специальностей;
- помощь: в восстановлении документов, обучение профессиональных навыков, трудоустройства.

Цель. Эффективная профилактика распространения инъекционных форм наркопотребления, следовательно, распространения ВИЧ/СПИДа, проводится за счет организации АУТРИЧ-работы (полипрофессиональной группы).

Объектом исследования были пациенты с наркотической зависимостью, проходившие курс лечения от наркотической зависимости и медико-социальную реабилитацию, в том числе АУТРИЧ-программу (78 человек) – 1 группа. Лица, находящиеся в

привычной для них обстановке (улица и т.д.) (82 человека), так же используя передвижные пункты АУТРИЧ – 2 группа.

Основными **материалами исследования** являются стандартные медицинские документы: медицинские карты амбулаторного больного (форма №025-У), медицинская карта стационарного больного (форма №003-У), регистрационные карты клиентов программ снижения вреда от употребления наркотиков, анкеты поведенческих изменений клиентов проекта снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков.

В исследовании использовались **методы:** обсервационный, опроса, клинико-психопатологический, социологический – изучение индивидуума в социуме и влияние социума на личность, т.е. изучались социальные и психологические аспекты формирования мотивационных установок на лечение, формирования ответственного поведения.

Результаты: Сформированы группы пациентов, в которые вошли 1 группа – 32% пациентов, 2 группа – 12% обратившихся.

Достигнуты положительные результаты, связанные с прекращением употребления инъекционных наркотиков:

- 1 группа – в 44%; 2 группа – в 27% случаев снизились случаи совместного использования инструментов для инъекций, что способствует снижению риска распространения ВИЧ, даже если самими программами не предусматривается предоставление стерильных инструментов для инъекций;
- 1 группа – 54%, 2 группа – 34% лиц, обращающихся за лечением по поводу наркотической зависимости, включающие заместительную терапию, так как распространяется информация от пациентов по оказанию помощи: лечение и консультации специалистов наркозависимым;
- 1 группа – 67% пациентов, 2 группа – 84% привлеченных АУТРИЧ-работниками, с первичным выявлением ВИЧ и последующей консультацией;
- 32% из 2 группы лиц, согласившихся на тестирование ВИЧ в момент обследования, бригада специалистов выезжала на место; 4% явившихся из 2 группы лиц, которым было дано направление на обследование в медицинские учреждения, для выявления ВИЧ-инфекции;

- помощь в восстановлении документов была оказана в 38% случаев обращения из 2 групп;
- консультация юриста понадобилась также двум группам обследованных в 62% случаев (1 и 2 группы).
- Установлены положительные эффекты внедрения АУТРИЧ-работы:
- не способствует росту потребления наркотиков;
- не оказывает отрицательного влияния на лечение наркозависимости;
- уменьшение опасности ВИЧ-инфицирования;
- уменьшение распространенности сопряженного с риском поведения.

Выводы: Установлено отсутствие нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение АУТРИЧ-работы. Предложены мероприятия на региональном уровне, касающиеся организации и проведения данного вида реабилитации. Эффективность АУТРИЧ-работы в значительной мере зависит от квалификации и компетентности АУТРИЧ-работников, а также от приемлемости и полноты оказываемых услуг. Осуществление АУТРИЧ-программы следует расширять, с тем, чтобы охватить большинство потребителей инъекционных наркотиков, не проходящих лечение.

Для установления контакта с потребителями инъекционных наркотиков и обеспечения их необходимой информацией, услугами и консультациями в отношении направления на лечение, следует привлекать квалифицированный персонал и лиц из соответствующих групп для работы или проводить обучение имеющегося персонала.

Для осуществления эффективных АУТРИЧ-программ необходимо создать надлежащую базу для учреждения и поддержания АУТРИЧ-служб, в том числе пересмотреть положения законодательства о наркотиках и принадлежностях для инъекций, практику обеспечения соблюдения законов, а также создать ряд медицинских служб.

Вероятность эффективной реализации программ может существенно повыситься, если к их разработке и осуществлению подключить лиц, употребляющих инъекционные наркотики, а

также ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом. Поэтому необходимо организовать работу в группе.

Центральным элементом эффективной АУТРИЧ-работы являются: направление пациентов в другие службы и внедрение АУТРИЧ в других службах, включая лечение наркотической зависимости, лечение абсцессов, тестирование на ВИЧ и консультирование, а также лечение инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и гепатита С. Данный процесс необходимо сопровождать мониторингом с ежедневным учетом клинических и социальных параметров.

В период расширения АУТРИЧ-программы, работу профессиональной бригады и вспомогательных служб следует координировать, а персонал необходимо надлежащим образом включать в процесс разработки и организации программы после соответствующей подготовки.

Список литературы:

1. Мусабекова Ж.К. Динамика распространенности случаев преждевременного прерывания лечения больных опийной наркоманией в зависимости от этапа лечения / Ж.К. Мусабекова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. №3. С. 61-63.
2. Иванова А.А. Применение методов психосоциальной реабилитации к пациентам, находящимся на амбулаторном принудительном лечении и активном диспансерном наблюдении / А.А. Иванова, Г.М. Усов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. №4. С. 55-58.
3. Чертов В.В. Длительность употребления наркотиков и исходы наркотической зависимости / В.В. Чертов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. №5. С. 306-307.
4. Балашов П.П. Региональный аспект распространенности наркоманий (на примере Сургута) / П.П. Балашов, В.В. Чертов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007. №1. С. 36-38.
5. Сиволап Ю. П. Синдром отмены метадона и синдром отмены героина: опыт сравнительного исследования / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. 2003. №4. С. 35-39.
6. Кононец А.С. Теоретические и практические аспекты терапии и реабилитации осужденных с наркотической зависимостью / А.С. Кононец, О.И. Трифонова, С.И. Гусев, Г.Я. Снегирева // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. 2006. №1. С. 46-49.

Об авторах:

Гусев Сергей Иванович – врач психиатр-нарколог МБУЗ «Центральная районная больница Промышленновского района», доктор медицинских наук, Кемерово

Грачева Татьяна Юрьевна – профессор кафедры последипломной подготовки по надзору и медицинскому праву ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, доктор медицинских наук, доцент, Кемерово, e-mail: medpravo@bk.ru

Москвина Яна Владимировна – врач психиатр-нарколог Государственного казенного учреждения здравоохранения «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово, e-mail: medpravo@bk.ru

Берсенева Евгения Александровна – заведующая центра ДПО ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», доктор медицинских наук, Москва

Сорокина Вероника Альбертовна – главный врач Государственного казенного учреждения здравоохранения «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», кандидат медицинских наук, Кемерово

Gusev Sergey Ivanovich – doctor psychiatrist-narcologist of the municipal budgetary healthcare institution «Central district hospital of Promyshlennovskiy district», doctor of medical Sciences, Kemerovo

Gracheva Tatiana Yuryevna – Professor, Department of postgraduate supervision and medical law of the Kemerovo state medical University of rmph, doctor of medical Sciences, associate Professor, Kemerovo

Moskvina Yana Vladimirovna – psychiatrist-narcologist of the State institution of healthcare «Kemerovo regional clinical psychiatric hospital», Kemerovo

Berseneva Evgeniya Aleksandrovna – head of the centre DPO FEDERAL state budgetary institution «national research Institute of public health named after N. Semashko», doctor of medical Sciences, Moscow

Sorokina Veronica Albertovna – head doctor of the State institution of healthcare «Kemerovo regional clinical psychiatric hospital», candidate of medical Sciences, Kemerovo

© Гусев С.И., Грачева Т.Ю., Москвина Я.В., Берсенева Е.А., Сорокина В.А., 2017

Каминская О.Н.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

В статье рассмотрены юридические особенности оказания платной медицинской помощи несовершеннолетним пациентам.

Ключевые слова: платные медицинские услуги; договор на оказание медицинских услуг; несовершеннолетние пациенты.

Kaminskaya O.N.

LEGAL ASPECTS OF RENDERING OF PAID MEDICAL SERVICES TO MINORS

The article considers the legal aspects of rendering of paid medical care of underage patients.

Keywords: paid medical services; the contract for the provision of medical services; underage patients.

Возможность получения платных медицинских услуг закреплена законодательно, где указано, что граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 84).

Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам установлены Правительством Российской Федерации в Постановлении от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Также, важным является и то, что к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей».

Обязательным условием оказания платных медицинских услуг является оформление договора. При оказании платных медицинских услуг несовершеннолетним заключение договора имеет свои особенности.

Между заказчиком и исполнителем в пользу потребителя заключается договор на оказание платных медицинских услуг в отношении несовершеннолетних (ст. 779 ГК РФ; п.п. 2, 18 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006):

- потребителем является несовершеннолетний, получающий медицинские услуги на платной основе лично в соответствии с договором;
- заказчиком является законный представитель несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет или сам несовершеннолетний после достижения возраста 14 лет, заказывающий платные медицинские услуги;
- исполнителем является медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

При оформлении договора на оказание платных медицинских услуг имеются особенности, которые связаны с возрастом несовершеннолетнего.

Сделки от имени несовершеннолетних, не достигших 14 лет, могут заключать только их родители, усыновители или опекуны (п. 1 ст. 28 ГК РФ). В договоре сторонами будут являться исполнитель – медицинская организация и заказчик – законный представитель несовершеннолетнего.

В договоре необходимо указать, что заказчиком и плательщиком по договору выступает родитель (усыновитель, опекун) несовершеннолетнего, однако сами услуги должны быть оказаны непосредственно несовершеннолетнему.

При оказании платных медицинских услуг несовершеннолетним в возрасте от 14 до 18 лет требуется письменное согласие своих законных представителей (родителей, усыновителей или попечителя). Сделка, совершенная таким несовершеннолетним, действительна также при ее последующем письменном одобрении родителями, усыновителями или попечителем несовершеннолетнего (п. 1 ст. 26 ГК РФ).

В таком случае, сторонами договора на оказание платных медицинских услуг являются заказчик – несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет и исполнитель – медицинская организация. При этом договор заключается несовершеннолетним с письменного согласия его законного представителя.

Дополнением к договору и обязательным условием оказания платной медицинской помощи является наличие подписанных согласий:

1. на оказание медицинское вмешательство;
2. на обработку персональных данных;
3. согласие на получение услуг на платной основе и об услугах в рамках территориальной программы госгарантий.

Для оказания медицинской помощи обязательным условием является подписание информированного согласия на медицинское вмешательство (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч. 1 ст. 20). Данное согласие может быть включено в пункт договора или представлено на отдельном бланке. При этом необходимо уточнить, что самостоятельно подписывать согласие на медицинское вмешательство пациент имеет право с 15 лет (для больных наркоманией с 16 лет). Несовершеннолетний старше 15 лет вправе самостоятельно давать согласие на медицинское вмешательство, получать информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне.

В ходе оказания медицинской помощи всегда происходит и обработка персональных данных. Обработка персональных данных неразрывно связана со сведениями, составляющими врачебную тайну, право на предоставление согласия на обработку персональных данных возникает у несовершеннолетнего также с 15-летнего возраста (ч. 1 ст. 9, п. 4 ч. 2 ст. 10 Закона от 27.07.2006 №152-ФЗ; ч. 3 ст. 13 Закона №323-ФЗ). По такому же принципу регулируется подписание согласия на получение услуг на платной основе и об услугах в рамках территориальной программы госгарантий.

Данные о возрасте и условиях подписания договора на платные медицинские услуги и информированные согласия представлены в таблице.

С целью выяснения выполнения требований законодательства об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетним проведена оценка оформления договоров на платные медицинские услуги среди медицинских организаций г. Кемерово.

Вид документа	Нормативный акт	Возраст				Старше 18 лет
		Дети до 14 лет	14 -15 лет	15 и старше	С 16 -18 лет	
		До 6 лет- недееспособность С 6 до 18 лет: Частичная дееспособность				Полная дееспособность
Договор на оказание платных медицинских услуг	ст. 779 ГК РФ; п.п. 2, 18 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006	Родители или законные представители	Пациент с письменного согласия родителя или законного представителя (с 16 лет граждане по решению органов опеки и попечительства или по решению суда)	Гражданин старше 16 лет дееспособен: по решению суда или органов опеки и попечительства		Пациент
Информированное согласие на медицинское вмешательство	Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч. 1, п. 1 ч. 2 ст. 20	Родители или законные представители	Родители или законные представители	Пациент (родитель или законный представитель несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет)		Пациент

Вид документа	Нормативный акт	Возраст				Старше 18 лет
		Дети до 14 лет	14 -15 лет	15 и старше	С 16 -18 лет	
		До 6 лет- недееспособность С 6 до 18 лет: Частичная дееспособность				Полная дееспособность
Информированное согласие на обработку персональных данных	ч. 1 ст. 9, п. 4 ч. 2 ст. 10 Закона от 27.07.2006 №152-ФЗ; ч. 3 ст. 13 Закона №323-ФЗ	Родители или законные представители	Родители или законные представители	Пациент (родитель или законный представитель несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет)	Гражданин старше 16 лет дееспособен: по решению суда или органов опеки и попечительства	Пациент
Согласие на получение услуг на платной основе и об услугах в рамках территориальной программы госгарантий	Закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 (ст. 8) Постановление Правительства РФ от 4.10.2012 №1006 (п. 6)	Родители или законные представители	Родители или законные представители	Пациент с письменного согласия родителя или законного представителя		Пациент

Методом тайного покупателя в течение 2016 года получены медицинские услуги несовершеннолетним пациентом в возрасте 17 лет в 11 медицинских организациях г. Кемерово. 7 медицинских услуг получено в частных медицинских организациях, 4 в медицинских организациях муниципальной и государственной системы здравоохранения. При этом в одной частной медицинской организации договор на медицинские услуги не заключался и был заключен только по требованию пациента.

При анализе договоров установлено, что раздел: исполнитель, заказчик, потребитель предусмотрен только в 6 договорах. Из них у 2-х неправильно указан возраст потребителя, с которого пациент имеет право самостоятельно заключать договор. В одном случае с 15 лет, в другом с 14 лет.

В пяти случаях договор был заключен от лица несовершеннолетнего пациента без письменного согласия законного представителя.

За нарушение порядка составления договора может наступать юридическая ответственность: гражданско-правовая в виде признания договора ничтожным, административная – за нарушение прав потребителей, уголовная – за совершение мошенничества.

Список литературы:

1. Гнатюк А.П. Платные медицинские услуги: правовое регулирование и сложившийся менталитет // Менеджер здравоохранения. 2012. №7. С. 60-62.
2. Доронина Л.А. Платные медицинские услуги: медицинские, юридические, финансовые вопросы / Доронина Л.А., Полякова О.П. // Общественное здоровье и здравоохранение. 2015. №1. С. 44-48.
3. Шалковский А.Г. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы дистанционного мониторинга здоровья человека / Шалковский А.Г., Купцов С.М., Берсенева Е.А. // Врач и информационные технологии. 2016. №1. С. 67-79.
4. Самусь И.В. Управление качеством медицинской помощи путем оптимизации документооборота / И.В. Самусь, О.Н. Каминская, Т.Ю. Грачева // Медицинское право. 2014. №3. С. 17-20
5. Самусь И.В. Управление медицинской организацией с использованием оптимизации организационно-методического обеспечения / И.В. Самусь, В.А. Соколова, Т.Ю. Грачева // Медицинское право. 2014. №4. С. 24-28.

Об авторе:

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

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

© Каминская О.Н., 2017

Никитин М.В., Мелехин О.Ю.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ КУРОРТНОГО ДЕЛА САНАТОРНО-КУРОРТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РОССИИ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере санаторно-курортной деятельности, его структуризации с целью совершенствования санаторными организациями рекреационных услуг и реализации государственной политики развития курортного дела.

Ключевые слова: государственная политика развития курортного дела; правовое обеспечение реализации государственной политики развития курортного дела.

Nikitin M. V., Melekhin O. Yu.

LEGAL SUPPORT FOR THE IMPLEMENTATION OF THE STATE POLICY FOR THE DEVELOPMENT OF RESORT BUSINESS BY SANATORIUM AND RESORT ORGANIZATIONS OF RUSSIA

The article is devoted to the analysis of legislation in the sphere of sanatorium activity, its structuring with the purpose of improving recreational services by sanatorium organizations and the implementation of the state policy for the development of the resort business.

Keywords: state policy of resort development; legal support for the implementation of the state policy for the development of the resort business.

01.12.2016 г. Президент Российской Федерации обратился к Федеральному Собранию с ежегодным посланием, в котором отметил, что «смысл всей нашей политики – это сбережение людей, умножение человеческого капитала, как главного богатства России».

В содержательном плане человеческий капитал включает в себя запас определенных знаний, навыков, способностей и, безусловно, здоровья, необходимый гражданам страны для эффективного участия в укреплении ее благосостояния, что позволит стране занять достойное место в мире. [2, с. 17] Всемерное укрепление здоровья граждан России является стратегической задачей, выдвинутой Президентом РФ В.В. Путиным. В укреплении здоровья человека особое место занимает санаторно-курортное лечение. Реализация государственной политики развития ку-

рортного дела в стране позволит создать в Российской Федерации современный высокоэффективный курортный комплекс, обеспечивающий широкие возможности для удовлетворения потребности граждан в санаторно-курортной помощи, укрепления здоровья необходимого людям в их повседневной жизни. [1, с. 4]

Для эффективной реализации данной государственной политики, необходимо ее правовое обеспечение.

Обеспечение представляет собой совокупность мер, средств, условий, способствующих реализации намеченных планов, программ, проектов. Исходя из общего представления об обеспечении, можно определить понятие «правового обеспечения». Поскольку право, под известным углом зрения, представляет систему закрепленных в правовых нормах общеобязательных правил поведения, которые устанавливаются и охраняются государством, то правовое обеспечение упрощенно может восприниматься, во-первых, в качестве системы норм, регулирующих общественные отношения, а во-вторых, как процесс установления, изменения или отмены последних. Но содержание правового обеспечения только правовыми нормами и нормотворчеством не исчерпываются. Важны еще и правовые взаимосвязи людей, процедуры и отношения, которые осуществляются по нормативным установлениям, осмысливаются и отражаются в общественном сознании.

Указанные явления не укладываются в нормативный аспект правового обеспечения и находят свое объяснение и место лишь при широком рассмотрении данного понятия. Содержание правового обеспечения в данном понимании составляют не только правовые нормы и процесс их формирования, но и весь диапазон правовых общественных отношений различных уровней, выступающих в качестве инструментов решения задач, стоящих перед государственными органами и субъектами реализации государственной политики развития курортного дела России (в первую очередь санаторно-курортными организациями).

Правовое обеспечение – это совокупность правовых норм и процесса их формирования (нормотворчества), правовых общественных отношений различных уровней, выступающая в качестве инструментария решения задач, стоящих перед государ-

ственными органами, органами здравоохранения, санаторно-курортными организациями. Относительно правового обеспечения реализации государственной политики развития курортного дела, речь идет об инструментарии решения задач, стоящих перед субъектами ее реализации, прежде всего перед санаторно-курортными организациями.

Реализация государственной политики развития курортного дела представляет собой осуществление ее субъектами мероприятий, направленных на воплощение в реальную жизнь системы принципов государственной политики развития курортного дела, правовых норм, целевых программ по развитию санаторно-курортной деятельности, федерального и регионального уровней, программ по реабилитации и профилактике заболеваний российских и иностранных граждан, выработанных на научной основе и осуществляемых в целях обеспечения развития и совершенствования курортного дела в стране.

Правовое обеспечение реализации государственной политики развития курортного дела санаторно-курортными организациями страны, как специализированными субъектами ее реализации, представляет собой систему нормативных правовых актов, используемых руководителем санаторно-курортной организации в пределах его компетенции для выполнения возложенных на него обязанностей по реализации государственной политики развития курортного дела в России.

Задачи и правомочия руководителя санатория по вопросам реализации государственной политики развития курортного дела определяются в нормативных правовых документах на законодательном и подзаконном уровнях. [4, с. 1] Такими документами для руководителя санаторно-курортной организации являются: Конституция РФ, Конституции и Уставы субъектов Федерации, признанные Россией международно-правовые документы (Гагская декларация по туризму 1939 г.; Манильская по мировому туризму 1980 г.; Гагская по туризму 1989 г.; Всеобщая декларация прав человека 1948 г.; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г.; Конвенции ООН о правах ребенка 1989 г., о правах инвалидов 2015 г. и др.). Законы и подзаконные акты, непосредственно направленные на развитие

и совершенствование санаторно-курортной деятельности (Федеральный закон «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» от 23.02.1995 г. №26-ФЗ; Федеральный закон «Об особо охраняемых природных территориях» от 14.03.1995 г. №33-ФЗ; Федеральный закон «Об основах туристической деятельности в Российской Федерации» от 24.11.1996 г. №123-ФЗ; Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ; Федеральный закон «Об охране окружающей среды» от 10.01.2002 г. №7-ФЗ; Указ Президента РФ «О федеральном курортном регионе Анапа» от 22.09.1994 г. №1954; Указ Президента РФ «О дополнительных мерах по развитию туризма в Российской Федерации и об упорядочении использования государственной собственности в сфере туризма» от 25.04.1994 г. №813; Указ Президента РФ «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» от 09.03.2004 г. №14; Указ Президента РФ «Об утверждении приоритетных направлений деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг» от 08.08.2016 г. №398; Постановление Правительства РФ «Об утверждении Положения о признании территорий лечебно-оздоровительными местностями и курортами Федерального значения» от 07.12.1996 г. №1426; Постановления правительства РФ «Об утверждении положений о курортах Федерального значения»; Постановления Правительства РФ «О федеральной целевой программе «Развитие внутреннего и въездного туризма в Российской Федерации (2011-2018 гг.)» от 02.08.2011 г. №644 и др.).

Законы и подзаконные акты субъектов Федерации, направленные на развитие и совершенствование санаторно-курортной деятельности в обозначенном субъекте (Закон Краснодарского края «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах Краснодарского края» от 07.08.1996 г. №41-КЗ; Закон «О туристической деятельности в Краснодарском крае» от 25.10.2002 г. №938-КЗ; Закон «Об особо охраняемых природных территориях Краснодарского края» от 31.12.2003 г. №656-КЗ; Постановление Законодательного собрания Краснодарского края «О развитии курортов местного значения на территории Краснодарского края» от 26.10.2011 г. №2853-П; Постановление главы администрации Краснодарско-

го края «Об утверждении государственной программы Краснодарского края «Развитие санаторно-курортного и туристического комплекса» от 05.11.2015 г. №1007).

Нормативные акты ведомственного характера, Приказы Министерства здравоохранения, направленные на развитие и совершенствование санаторно-курортной деятельности (Приказ Минздравсоцразвития России «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» от 22.11.2004 г. №256; Приказы Минздрава России: «Об утверждении порядка организации санаторно-курортного лечения» от 05.05.2016 г. №279-н, «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» от 05.05.2016 г. №281-н, «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» от 26.12.2016 г. №997-н). Ряд приказов об утверждении стандартов санаторно-курортной помощи больным, страдающим различными видами заболеваний и нуждающимся в санаторно-курортном лечении и другие.

Нормативные акты межведомственного характера (Приказ МЗ РФ и Распоряжение Федерации независимых профсоюзов России «О создании центральной межведомственной комиссии по санаторно-курортной помощи, реабилитации, профилактике» от 30.06.1997 г. №192-А, от 09.07.1997 г. №212).

Локальные правовые акты, подготавливаемые и реализуемые конкретным руководителем санаторно-курортной организации в пределах его компетенции (Приказы директора санатория о мероприятиях, направленных на достижение эффективности в использовании различных научно обоснованных методов лечения).

Весь указанный комплекс нормативных документов используется руководителями санаторно-курортных организаций с целью максимально эффективно и оптимально обеспечить их деятельность в городе, районе, территории с учетом региональной специфики [3, с. 9].

Нормативная основа правового обеспечения дает четкие ориентиры относительно направлений и содержания реализации государственной политики развития курортного дела, устанавливает границы, в которых данная санаторно-курортная организация осуществляет эту деятельность.

Иными словами, правовое обеспечение значимо и для того, чтобы не допустить «погружения» в несвойственные санаторию, его отделам и службам функции, для выполнения которых они не имеют полномочий и ресурсов, а также зафиксировать место санатория в целостной системе субъектов реализации государственной политики развития курортного дела в России.

Список литературы:

1. Герасименко М.Ю., Никитин М.В., Мелехин О.Ю. Государственная политика развития курортного дела в России: некоторые вопросы реализации. *Курортные ведомости*. 2016. №2. С. 4
2. Корчажкина Н.Б. Совершенствование системы санаторно-курортного лечения в Российской Федерации. М.: Медицина целевые проекты, 2013. №16. С. 17
3. Лимонов В.И. Проблемы управления курортным фондом на современном этапе. *Advances in current natural sciences*. 2015. №7. С. 9
4. Семяняк Н.Г. Стратегическое управление развитием санаторно-курортного комплекса. СПб.: ГУЭФ, 1999. С. 1.

Об авторах:

Никитин Михаил Владимирович – СКК «Вулан», НКФ ФГБУ «РНЦ МРиК» Минздрава России, директор, доктор медицинских наук, Геленджик, e-mail: vulan2010@mail.ru

Мелехин Олег Юрьевич – СКК «Вулан», НКФ ФГБУ «РНЦ МРиК» Минздрава России, юрисконсульт, кандидат юридических наук, Геленджик, e-mail: melekhin-o@mail.ru

Nikitin Mikhail Vladimirovich – State Organization «Russian Scientific Center of Medical Rehabilitation and Health Resort» Minzdava Russia, «Sanatorium complex» Vulkan» – scientific and clinical branch of the», director, doctor of Sc., Gelendzhik

Melekhin Oleg Yurevich – State Organization «Russian Scientific Center of Medical Rehabilitation and Health Resort» Minzdava Russia, «Sanatorium complex» Vulkan»-scientific and clinical branch of the», jurisconsult, Ph.D., Gelendzhik

Предеина И.В., Бобровская О.Н., Ханиш Штефан

К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ СТАТУСЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ НОРМЫ И РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

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 в соответствии с международными стандартами.

Ключевые слова: дети, несовершеннолетние, здоровье, медицинское право, права человека, международно-правовой акт.

Predeina I.V., Bobrovskaya O.N., Hanisch Stefan

TO THE QUESTION OF THE LEGAL STATUS OF MINORS IN HEALTH CARE: INTERNATIONAL LAW AND RUSSIAN LEGISLATION

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 in accordance with international standards.

Keywords: children, minors, health, medical law, human rights, international legal act.

В научной литературе несовершеннолетним принято считать человека, не достигшего возраста, с которого закон наделяет его возможностью реализовывать в полном объеме свои субъективные права и исполнять обязанности. Само понятие «несовершеннолетний» «акцентирует внимание, прежде всего, на отсутствии у человека определенного качества, а именно – на том, что лицо не достигло определенного возрастного рубежа» [1].

Возраст, по достижении которого человек считается совершеннолетним, в разных странах не всегда совпадает. В связи с этим в ряде основополагающих международно-правовых документов граница между несовершеннолетием и совершеннолетием определяется в 18 лет (ст. 1 Конвенции ООН о правах ребенка) [2], но с оговоркой: если иной возраст не установлен национальным законодательством. Следует отметить, что возрастные пределы прямо поставлены в зависимость от положений каждой

правовой системы, тем самым полностью учитываются экономические, социальные, политические, культурные и правовые системы государств-членов ООН.

Однако независимо от возраста совершеннолетия, который закреплен в законодательстве того или иного государства, группа людей, которые считаются несовершеннолетними, наделяется особыми правами и обязанностями. Во всех странах целью обеспечения этой возрастной группы является необходимость обеспечения специальной правовой защиты несовершеннолетних [3, с. 91-94]. Государство, исходя из того, что несовершеннолетние в силу своего возраста не могут в полной мере осознавать значение своих поступков, ограничивает их способность своими действиями приобретать права, создавать для себя обязанности и нести юридическую ответственность (речь идет об ограничении дееспособности), но устанавливает и особый порядок осуществления их прав. Национальные законодательства большинства стран содержат специальные нормы, обеспечивающие юридическую охрану несовершеннолетних.

Исследование основных тенденций развития системы современного российского законодательства свидетельствует о преобладании процессов дифференциации и интеграции правового регулирования [4, с. 387]. Дифференциация привела к формированию новых отраслей законодательства. Вступление России в Совет Европы и присоединение к международным соглашениям способствовало развитию законодательства о правах ребенка и отраслевому обособлению ювенального права в российской правовой системе [5, 6]. Между тем, незавершенность интеграционных процессов правового регулирования в области формирования законодательной базы обуславливает несовершенство действующих нормативно-правовых актов, затрагивающих права и интересы несовершеннолетних. В связи с этим следует принять во внимание предложения некоторых авторов о проведении ревизии действующей нормативной правовой базы для выявления и последующего устранения имеющихся противоречий, пробелов и дублирования, в том числе в отношении законов, защищающих права и интересы несовершеннолетних в сфере здравоохранения [7, 8].

Мировая практика обеспечения и защиты прав человека в сфере здравоохранения основана на правовых нормах, принятых международными организациями. Международно-правовой стандарт в области охраны здоровья несовершеннолетних можно определить как нормы, принятые уполномоченным международным органом, закрепляющие права и свободы человека, не достигшего возраста совершеннолетия, в сфере охраны здоровья, и гарантии обеспечения данного права.

К числу основополагающих международно-правовых актов, обязательность которых официально признана Российской Федерацией, относится Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.) [9], который предусматривает право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» и требует от государств-участников, помимо прочего, «сокращения смертности, детской смертности и обеспечения здорового развития ребенка». В нем отмечается, что «особые меры охраны и помощи должны приниматься в отношении всех детей и подростков без какой бы то ни было дискриминации по признаку семейного происхождения или по иному признаку. Дети и подростки должны быть защищены от экономической и социальной эксплуатации. Применение их труда в области, вредной для их нравственности и здоровья или опасной для жизни или могущей повредить их нормальному развитию, должно быть наказуемо по закону».

В Европейской Социальной Хартии ETS №163 (пересмотренная) (Страсбург, 3 мая 1996 г.) [10] отмечается, что дети и молодежь имеют право на надлежащую социальную, правовую и экономическую защиту и устанавливается минимальный возраст приема на работу – 15 лет, при этом особое внимание уделяется вопросу обеспечения «специальной защиты от рисков физического и морального ущерба, которым подвергаются дети и молодежь, и в частности от рисков, с которыми прямо или косвенно сопряжена их работа».

15 сентября 1990 года Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах ребенка [11, 12]. Основные положения государственной политики защиты прав и интересов несовершеннолетних закреплены в п.3 ст. 3 Конвенции: «Государства-участники

обеспечивают, чтобы учреждения, службы и органы, ответственные за заботу о детях или их защиту, отвечали нормам, установленным компетентными органами, в частности, в области безопасности и здравоохранения» [13]. Закрепляются основные права ребенка в сфере здравоохранения, в частности право ребенка на пользование «наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья» и требует от государств-участников, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам. В связи с этим предусмотрены необходимые меры для:

- снижения смертности младенцев и детской смертности;
- обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей и развития первичной медико-санитарной помощи;
- борьбы с болезнями и недоеданием;
- обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждении несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний.

Во исполнение положений Конвенции о правах ребенка Комитет ООН по правам ребенка публикует Замечания общего порядка, которые носят разъяснительно-рекомендательный характер, однако, поскольку непосредственно вытекают и конкретизируют основные принципы Конвенции, представляется, что государства-участники, ратифицировав Конвенцию, обязуются принимать их во внимание.

Замечание общего порядка №4: Здоровье и развитие подростков в контексте Конвенции о правах ребенка, 1 июля 2003, CRC/GC/2003/4 [14] касается следующих вопросов:

1. Охрана здоровья и развития подростков и право на частную жизнь и конфиденциальность в связи с вынесением рекомендаций и консультированием по вопросам здоровья (статья 16). Органы здравоохранения и медицинские работники «обязаны соблюдать конфиденциальность медицинской информации, касающейся подростков. Такая информация может быть раскры-

та только с согласия подростка или в ситуациях, аналогичных ситуациям, связанным с конфиденциальностью информации о взрослых. Подростки, достигшие достаточного уровня зрелости для получения консультаций в отсутствие родителя или другого лица, имеют право на неприкосновенность личной жизни и могут обращаться с просьбой о предоставлении им конфиденциальных услуг, включая лечение».

2. Право на доступ к надлежащей информации, имеющей важное значение для здоровья и развития, которое подразумевает обеспечение «всем подросткам, девочкам и мальчикам, посещающим и не посещающим школу», точной и надлежащей информации о методах защиты их здоровья и здоровом образе жизни, а именно «данные об использовании и злоупотреблении табаком, алкоголем и другими веществами, безопасном и уважительном социальном и сексуальном поведении, правильном питании и физической активности».

3. Согласие родителей по вопросам медицинского вмешательства. До получения согласия со стороны родителей «подросткам необходимо предоставить возможность свободно выразить свои взгляды, которые необходимо должным образом учитывать в соответствии со статьей 12 Конвенции. Однако, если подросток еще не достиг достаточного уровня зрелости, осознанное согласие должно быть получено от самого подростка при информировании родителей о его соответствии «наилучшему обеспечению интересов ребенка» (ст. 3)».

В обеспечение неприкосновенности личной жизни и конфиденциальности и смежным вопросом осознанного согласия на лечение государствам-участникам предписывается: принять «законы или правила, обеспечивающие оказание подросткам конфиденциальных консультативных услуг в связи с лечением, с тем чтобы они могли принять осознанное согласие на такое лечение, в таких законах или правилах должен оговариваться возраст или содержаться ссылка на развивающиеся способности ребенка»; обеспечить подготовку медицинского персонала по вопросам прав подростков на неприкосновенность личной жизни и конфиденциальность, на информирование о планируемом лечении и на осознанное согласие на лечение.

Следует обратить внимание на основные факторы обеспечения медицинских услуг, учитывающие особые потребности и права подростков, которые были выделены Комитетом ООН по правам ребенка:

- a) наличие (услуги, учитывающие потребности подростков);
- b) доступность (медицинское оборудование, товары и услуги должны быть известны и легко доступны для всех подростков без какой-либо дискриминации);
- c) приемлемость (все медицинские службы, товары и услуги должны обеспечивать уважение культурных ценностей, гендерные аспекты, нормы медицинской этики);
- d) качество (медицинские услуги и товары должны быть адекватными с научной и медицинской точек зрения, что требует наличия персонала, подготовленного для ухода за подростками, надлежащего оборудования и научных методов).

В Замечании общего порядка №3 (2003): ВИЧ/СПИД и права ребенка, 17 марта 2003, CRC/GC/2003/3 [15] обращается внимание на необходимость более четкого определения и осознания прав детей в условиях эпидемии ВИЧ/СПИДа и содействия разработке и пропаганде ориентированных на детей планов действий, стратегий, законов, политики и программ, которые направлены на борьбу с распространением ВИЧ/СПИДа на национальном и международном уровнях.

В соответствии с обязательствами государств-участников в отношении прав на здоровье и информацию (ст. 24, 13 и 17) «детям должно предоставляться право на доступ к получению достаточной информации о профилактике и лечении ВИЧ/СПИДа по официальным (например, в процессе учебы и через детские средства массовой информации) и неофициальным (например, посредством контактов с беспризорными детьми, детьми, находящимися в соответствующих учреждениях, и детьми, живущими в тяжелых условиях) каналам».

В Конвенции о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г. [16] устанавливается, что «дети-инвалиды должны в полном объеме пользоваться всеми правами человека и основными свободами наравне с другими детьми».

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (Женева, 21 мая 2003 г.) [17] в связи с тем, что «пренатальное воздействие табачного дыма вызывает неблагоприятные состояния здоровья и развития детей», требует проявить «обеспокоенность по поводу распространения курения и других видов употребления табака детьми и подростками во всем мире, особенно по поводу курения во все более раннем возрасте», и принять эффективные законодательные, исполнительные, административные или иные меры на соответствующем правительственном уровне для запрещения продажи табачных изделий лицам, не достигшим возраста, установленного внутренним законодательством, национальным законодательством, или восемнадцати лет.

Указом Президиума Верховного Совета СССР от 6 июля 1956 г. [18] Ратифицированы 15 конвенций Международной Организации Труда, которые касаются следующих вопросов: минимального возраста допуска детей на работу в сельском хозяйстве, в промышленности, на море; обязательного медицинского освидетельствования детей и подростков, занятых на борту судов; ночного труда подростков в промышленности. Кроме того, конвенциями определен порядок предоставления ежегодных оплачиваемых отпусков; медицинского освидетельствования детей и подростков с целью выяснения их пригодности к труду в промышленности и на непромышленных работах и т.п.

Существует также большое количество международно-правовых актов, регулирующих общие и для взрослых и для несовершеннолетних пациентов вопросы, к которым относятся: права человека и общечеловеческие ценности в области здравоохранения; информация и согласие на медицинское вмешательство; конфиденциальность; лечение и организация медицинской помощи; применение прав и гарантии.

Рассмотренные общие положения международно-правовых стандартов находят дальнейшее развитие и детализацию в законодательстве по правам пациентов большинства европейских стран, в частности, уточняются объем и форма предоставляемой пациенту информации о состоянии здоровья, необходимые меры соблюдения конфиденциальности этой информации и особенности реализации прав отдельных групп пациентов.

Анализ действующего российского законодательства свидетельствует о том, что оно содержит многие нормы, составляющие международные стандарты в сфере здравоохранения, которые могли бы послужить основой для дальнейшего формирования правовой и организационной базы системы обеспечения прав несовершеннолетних пациентов. Основные гарантии прав и законных интересов ребенка в сфере охраны здоровья предусмотрены Конституцией РФ (статья 41) и определены системой федеральных законов: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (ст. 10 «Обеспечение прав детей на охрану здоровья»); Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. №159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (ст. 7 «Дополнительные гарантии права на медицинское обеспечение»); Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; Федеральный закон от 18 июня 2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»; Федеральный закон от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и др. В целях формирования государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации Указом президента РФ от 1 июня 2012 г. №761 утверждена Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 гг.

Поскольку эффективная система обеспечения прав пациента это не только массив нормативных и иных регулирующих оказание медицинской помощи документов, но и совокупность форм деятельности, гарантирующих их реализацию в правовом, этическом и организационном пространстве, наиболее сложной проблемой является, помимо несовершенства самих нормативно-правовых актов, сохраняющееся несоответствие между их положениями, их восприятием и воплощением на практике. Нерешенными остаются вопросы реализации права на бесплатное нахождение с ребенком в медицинской организации; проблема

возраста согласия на медицинское вмешательство; проблема предоставления информации о состоянии здоровья и др. [19].

Система обеспечения и защиты прав пациентов в европейских странах развивается по-разному. В большинстве государств она переживает период становления и продолжает находиться в процессе реформирования. И в России в этом направлении предстоит серьезная и длительная работа.

Список литературы:

1. Автономов А.С. Уполномоченный по правам ребенка и система ювенальной юстиции в России // Вопросы Ювенальной Юстиции. Альманах. №1, 2001. М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН). 2001
2. Конвенция ООН о правах ребенка. М.: ИНФРА-М, 2001. 24 с.
3. Нечаева А.М. О правовой незащищенности несовершеннолетних и путях ее устранения // Советское государство и право. 1990. №5.
4. Саидов А.Х. Сравнительное правоведение (основные правовые системы современности): Учебник / Под ред. В.А. Туманова. М.: Юристъ, 2000. 448 с.
5. Борисова Н.Е. Концепция формирования отрасли ювенального права в Российской правовой системе. Дис. ... докт. юрид. наук. М., 1999. 330 с.
6. Голышева Л.Ю. Российское ювенальное право. Ставрополь: «Пресса», 2004. 184с. С.17-20; Основы ювенального права. Уч. пособие: В 3-х томах. Т.1. 2-е изд., испр. и доп. Воронеж: ВИ МВД России, 2003. 183 с.
7. Иванюшкин А.Я, Липин Ю.Е. Права ребенка-пациента (этическая экспертиза действующего российского законодательства) // Медицинское право №2, 2004.
8. Бурдо Е. П., Гаранина И. Г. Регулирование прав ребенка пациента в современном международном праве и российском законодательстве. Проблемные вопросы соотношения норм права и этики // Пробелы в российском законодательстве. 2014. №5.
9. Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных с иностранными государствами, М., 1978 г., вып. XXXII, с. 36
10. Собрание законодательства Российской Федерации от 22 февраля 2010 г. №8. ст. 781.
11. Сорокин С. Конвенция ООН «О правах ребенка» // Российская юстиция 1999. №6.
12. Кортунов А.В. Конвенция о правах ребенка. // Правоведение. 1990. №2. С. 75-78.
13. Конвенция ООН о правах ребенка. М.: ИНФРА-М, 2001. С. 5.

14. Замечание общего порядка №4: Здоровье и развитие подростков в контексте Конвенции о правах ребенка, 1 июля 2003, CRC/GC/2003/4 [Электронный ресурс] // Комитет ООН по правам ребенка: [сайт]. [2017]. URL: <http://www.refworld.org.ru/docid/50045c442.html> (дата обращения 15 мая 2017).
15. Замечание общего порядка №3 (2003): ВИЧ/СПИД и права ребенка, 17 марта 2003, CRC/GC/2003/3 [Электронный ресурс] // Комитет ООН по правам ребенка: [сайт]. [2017]. URL: <http://www.refworld.org.ru/docid/5497e1b14.html> (дата обращения 15 мая 2017).
16. Собрание законодательства Российской Федерации от 11 февраля 2013 г. №6. ст. 468.
17. Собрание законодательства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. №46. ст. 5249.
18. Ведомости Верховного Совета СССР от 10 июля 1956 г. №14, ст. 301.
19. Предеина И.В. Некоторые аспекты обеспечения качества медицинской помощи несовершеннолетним пациентам: тенденции правового регулирования // Медицинское право: теория и практика. 2016. №2.

Об авторах:

Предеина Ирина Валерьевна – ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: predeina.irina@gmail.com

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

Ханиш Штефан – Европейский университет Виадрины г. Франкфурта-на-Одере, экономический факультет, научный сотрудник, доцент кафедры им. Л. Келсо сравнительного правоведения, восточноевропейского экономического права и европейской правовой политики, Франкфурт-на-Одере

Predeina Irina Valerievna – Sechenov First Moscow State Medical University, associate professor of the Medical Law Chair, PhD, Moscow

Bobrovskaya Olga Nikolaevna – Sechenov First Moscow State Medical University, associate professor of the Medical Law Chair, PhD, Moscow

Hanisch Stefan – EUROPA-UNIVERSITÄT VIADRINA FRANKFURT (ODER) Faculty of Business Administration and Economics, Research Associate Kelso Professorship of Comparative Law, East European Business Law and European Legal Policy, PhD, Frankfurt on the Oder

Пучинян В.С., Бобровская О.Н.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью прекращения произвольной трактовки федерального законодательства для повышения охвата населения медицинской помощью.

Ключевые слова: проба Манту, Диаскинтест, альтернативные варианты проверки на туберкулез.

Puchinyan V.S., Bobrovskaya O.N.

LEGAL ASPECTS OF TUBERCULOSIS DIAGNOSIS

This article analyzes the legislation in the field of health in order to stop the arbitrary interpretation of federal legislation to increase the coverage of the population with medical assistance.

Keywords: Mantoux test, Diaskintest, alternative variants of testing for tuberculosis.

В течение продолжительного времени на адрес детского омбудсмана приходят запросы от законных представителей и иных заинтересованных лиц о прояснении вопроса по прививкам, возможности отказа от них или замены на более современные технологии профилактики и выявления заболевания. В частности, особую актуальность приобрел вопрос о пробе Манту.

Родители не хотят делать Манту своим детям, но их не берут в садики, не пускают в школы. А все из-за возникшего противоречия в законах.

Медсестры и директора в школах ссылаются на СанПИН СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», статью 5.7, абзац 2. «Дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания» [1].

Родители, как правило, парируют, ссылаясь на:

- ст. 20 ФЗ-323 «Об охране здоровья граждан в РФ», запрещающей ЛЮБОЕ медицинское вмешательство (в том числе скрининг) без информированного добровольного согласия родителей;
- ст. 5 Федерального закона №273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации», гарантирующей всем граж-

данам получение бесплатного образования вплоть до среднего профессионального.

- ст. 43 п.4 Конституции, не просто гарантирующей всеобщее среднее образование, но и объявляющей его обязательным (в отличие от Манту, которая, по ФЗ-323, дело добровольное).

Однако в 2015 году Верховный суд РФ рассматривал дело об оспаривании абзаца второго пункта 5.7 Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» и оставил его в силе. Верховный суд постановил (№АКПИ14-1454 от 17.02.2015 г.), что требовать справку от фтизиатра – это вполне законно [2].

Так как СанПИН не нарушает права граждан на добровольное информированное согласие. Не хотите обследоваться – можете отказаться. А при обращении к фтизиатру можете получить информацию обо всех имеющихся способах диагностики, помимо туберкулиновой пробы Манту. На Манту никто не настаивает. Настаивают на заключении фтизиатра при допуске в детский коллектив.

Помимо ст. 5, в Законе об образовании есть еще ст. 28 п. 2: «Образовательная организация обязана создавать безопасные условия обучения, воспитания обучающихся, их содержания в соответствии с установленными нормами, обеспечивающими жизнь и здоровье обучающихся».

А безопасность подразумевает, что в школе детям инфицироваться не от кого. Причем СанПИНы как раз и являются теми самыми «установленными нормами», которым надо соответствовать. И есть еще в Законе об образовании ст. 41 с пунктами 6 и 10 – про профилактические осмотры, диспансеризацию и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий в школах. Исполнение этих пунктов невозможно без соблюдения требований СанПИНа.

Статья 43 п. 4 Конституции не просто объявляет всеобщее среднее образование обязательным. Она еще и возлагает ответственность за него на родителей: «Основное общее образование обязательно. Родители или лица, их заменяющие, обеспечивают получение детьми основного общего образования».

Круг замкнулся: чтобы обеспечить основное общее образование, родители должны всего лишь принести заключение фтизиа-

тра о том, что ребенок здоров и не опасен для окружающих, а не сделать Манту.

27 марта 2017 года детский омбудсмен России сообщила, что ей поступает большое количество обращений по вопросу неправомерного не допуска детей к образовательному процессу из-за отсутствия диагностики на туберкулёз. Вариативность диагностики позволит максимально учитывать особенности здоровья ребёнка, а также обеспечит реализацию гарантированного конституционного права каждого ребёнка на образование [3].

Приказ (Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза), который Минздрав принял в конце марта, меняет правила проверки детей на туберкулёз. Тем, кто младше семи лет, продолжают делать пробу Манту. С семи лет будут делать Диаскинтест (он зарегистрирован в 2008 году). Раньше у врачей был выбор – при проверке детей старше семи лет они могли использовать любой из этих препаратов.

Каждый из перечисленных выше методов имеет свои достоинства и недостатки.

Широко применяющаяся вплоть до настоящего времени кожная проба с туберкулином, известная как реакция Манту (туберкулиновая проба, туберкулинодиагностика, проба Пирке), является на сегодняшний день старейшим диагностическим тестом. Методика кожной пробы заключается во внутрикожном введении неочищенного преципитата *M. tuberculosis*, содержащего около 200 антигенов микобактерий, как патогенных, так и штамма, входящего в вакцину БЦЖ. При этом у сенсibilизированных лиц развивается реакция гиперчувствительности, проявляющаяся появлением в течение 2-3 дней в месте введения опухоли, размеры которой определяют результат пробы.

К недостаткам пробы относят низкую специфичность и чувствительность, что приводит к высокой частоте как ложно-положительных (при иммунизации вакциной БЦЖ или инфицировании другими микобактериями), так и ложно-отрицательных результатов. Данная проблема является особенно острой у лиц с иммунодефицитными состояниями различного генеза, в силу отсутствия или слабой выраженности у них реакции гиперчувстви-

тельности. Проба плохо поддается стандартизации, неудобна в использовании, поскольку требует повторных визитов обследуемых и нередко сопровождается болезненностью и формированием шрама в зоне введения препарата.

Диаскинтест – инновационный внутрикожный диагностический тест, который представляет собой рекомбинантный белок, содержащий два связанных между собой антигена – ESAT6 и CFP10, характерных для вирулентных штаммов микобактерий туберкулеза (*Micobacterium tuberculosis* и *Micobacterium bovis*). Данные антигены отсутствуют в вакцинном штамме *Micobacterium bovis* BCG и у большинства нетуберкулезных микобактерий, поэтому Диаскинтест вызывает иммунную реакцию только на микобактерии туберкулеза и не дает реакции, связанной с вакцинацией БЦЖ. Благодаря данным качествам, он обладает высокой чувствительностью и специфичностью, сводя к минимуму вероятность развития ложноположительных реакций, которые в 40-60% случаев наблюдаются при использовании традиционного внутрикожного туберкулинового теста. Техника постановки Диаскинтеста и учета результатов идентичны пробе Манту с туберкулином ППД-Л, что делает его использование доступным для медперсонала лечебных учреждений.

Противопоказания к проведению внутрикожных проб: острые и хронические инфекционные заболевания; соматические и др. заболевания в период обострения; карантин по детским инфекциям в детских коллективах; кожные заболевания; аллергические состояния; эпилепсия; индивидуальная непереносимость туберкулина или Диаскинтеста [4].

Чтобы определить, какие лекарства лучше, а какие хуже, Минздрав спрашивает мнение своих главных специалистов. У Минздрава есть главный терапевт, главный кардиолог и т.д. Туберкулёз лечат фтизиатры. Главный детский фтизиатр страны – сторонник этого препарата, не раз в СМИ рассказывала о его достоинствах, а пробу Манту называла просто «тратой денег». Между тем она сама и разработала Диаскинтест, причём по заказу компании «Генериум», которая теперь его производит и продает. Возникает конфликт интересов.

Так же главный фтизиатр исследовала эффективность Диаскинтеста. Научная работа была опубликована в 2010 году.

Авторы пришли к выводу, что Диаскинтест лучше пробы Манту.

Компания «Генериум» была зарегистрирована в 2009 году. Основателем и акционером компании «Генериум» является бизнесмен, который захватил рынок противовирусных лекарств препаратом «Арбидол». Он входит в сотню самых богатых людей России согласно рейтингу журнала Forbes Russia.

Туберкулин (для Манту) производится Санкт-Петербургским НИИ вакцин и сывороток и предприятием по производству бактериальных препаратов. В 2015 году выручка НИИ составила 1,3 млрд рублей (более свежие данные отсутствуют), сумма госконтрактов за последние три года – около 2 млрд рублей, их объемы неуклонно сокращаются. В 2015 году глава института стал самым обеспеченным руководителем петербургских подразделений ФМБА с доходом 20,4 млн рублей. Но в начале 2017 года НИИ вакцин и сывороток включен в трехлетний план приватизации федерального имущества.

В 2016 году объемы госзакупок Диаскинтеста составили почти 1,2 млрд руб. Это вдвое меньше, чем закупки препаратов для пробы Манту: их государство приобрело на сумму 2,5 млрд руб. На основе данных госзакупок, власти приобрели примерно 19,4 млн доз Диаскинтеста и 37,8 млн доз препаратов для пробы Манту [5].

Доза Диаскинтеста стоит 52,6, доза при пробе Манту – 54,2 руб. (при этом в упаковках для проб Манту часто есть шприцы, а в Диаскинтесте – нет). Отказ от пробы Манту может принести «Генериуму» 1,5 млрд в год. При этом расходы государства останутся примерно прежними.

Список литературы:

1. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза»
2. Решение Верховного Суда РФ от 17 февраля 2015 г. №АКПИ14-1454 Об оспаривании пункта 1.3 и абзаца второго пункта 5.7 Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза»,

утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. №60

3. Пресс-служба Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка «Теперь родители смогут выбрать метод тестирования туберкулёза у детей»
4. Granger, Ch. A novel laboratory test for tuberculosis / Ch. Granger // CLI 2004; Feb/Mar: 20-1
5. Статья РБК «Отказ от пробы Манту принесет производителю до 1,5 млрд. руб» URL:<http://www.rbc.ru/society/30/03/2017/58dbbab59a7947ecd081e53>

Об авторах:

Пучинян Василиса Степановна – ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, студент фармацевтического факультета, Москва, e-mail: Vasilisa.puchinyan@gmail.com

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) доцент, кандидат медицинских наук, Москва.

Puchinyan Vasilisa Stepanovna – Sechenov First Moscow State Medical University, student of pharmaceutical faculty, Moscow

Olga Nikolayevna Bobrovskaya – associate professor, PhD, Chair of Medical Law, Faculty of Preventive Medicine, Sechenov University, Moscow.

© Пучинян В.С., Бобровская О.Н., 2017

Сундуков Д.В., Романова О.Л., Баринов Е.Х., Баширова А.Р.

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

В статье рассматриваются особенности договора об оказании медицинских услуг как важной составляющей взаимодействия между врачом и пациентом.

Ключевые слова: договор об оказании медицинских услуг.

Sundukov D.V., Romanova O.L., Barinov E.H., Bashirova A.R.

A CONTRACT FOR MEDICAL SERVICES AS AN IMPORTANT PART OF INTERACTION BETWEEN A DOCTOR AND A PATIENT

This article analyzes the features of contract for medical services as an important part of interaction between a doctor and a patient.

Keywords: contract for medical services.

В условиях становления в современной России правового демократического государства перспективным направлением становится медицинское право. Интерес к проблеме возникает в связи с тем, что в настоящее время врачам приходится сталкиваться с такими задачами, решить которые можно лишь опираясь на закон. В настоящее время успешно формируется молодая отрасль правовой науки, объединяющая различные аспекты медицины.

По сей день пациент находится в зависимости от системы здравоохранения. Все чаще медицинские услуги предоставляются на возмездной основе, и между медицинской организацией и пациентом складываются гражданско-правовые отношения, регулируемые договором возмездного оказания услуг.

Целью данной работы является исследование договора возмездного оказания медицинских услуг, его основных признаков, структуры, существенных условий.

Для достижения обозначенных целей устанавливаются следующие задачи:

- исследовать понятие, признаки и формы договора возмездного оказания медицинских услуг;
- изучить субъектный состав договора возмездного оказания медицинских услуг;

- подвергнуть анализу существенные условия договора о возмездных оказания медицинских услуг.

Методологической основой исследования являлись общенаучные (структурного анализа, системный и исторический методы), частнонаучные (социологический) и специальные (сравнительно-правовой, исторический, формально-юридический) методы познания.

На сегодняшний день действующем законодательстве определение понятия договора возмездного оказания медицинских услуг отсутствует. В юридической литературе предложены различные определения договора об оказании медицинских услуг.

Красавчиков О.А., например, определял гражданско-правовой договор как выраженное в требуемой законом форме соглашение его сторон относительно установления взаимных прав и обязанностей [11, с. 1150].

Согласно ст. 420 ГК РФ договором признается соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей. К договорам применяются правила о двух- и многосторонних сделках. Из положений статьи вытекает, что договор является разновидностью сделки. Вместе с тем понятие сделки более широкое, чем понятие договора.

Елина Н.К. отмечает, что по договору оказания медицинской услуги одна сторона (медицинская организация любой формы собственности) обязуется по заданию заказчика (пациента) оказать услугу и (или) выполнить определенную работу и сдать ее результат, а заказчик обязуется принять и оплатить услугу и работу [8, с. 3].

Горбунова А.В. квалифицирует данный договор, как договор возмездного оказания услуг, по условиям которого исполнитель (медицинская организация) обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик в свою очередь обязуется оплатить эти услуги [4, с. 5].

Васильева Е.Е. трактует договор возмездного оказания медицинских услуг как соглашение, в силу которого одна сторона – исполнитель (лицо, осуществляющее медицинскую деятельность),

обязуется оказать другой стороне – заказчику (пациенту) медицинские услуги на основании задания заказчика и в соответствии с требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а заказчик обязуется совершить действия, необходимые для оказания услуги и оплатить услуги [1, с. 6].

Нагорная С.В. отмечает, что по договору об оказании медицинских услуг одна сторона (исполнитель – медицинская организация) обязуется оказывать медицинские (профилактические, диагностические, лечебные, восстановительно-реабилитационные) услуги услугополучателю (пациенту) с его согласия, а в предусмотренных законом случаях – без такового, который обязан исполнять предписания исполнителя, а другая сторона (заказчик – пациент, страховщик или 3-е лицо в интересах пациента) обязан оплатить предоставленные услуги [14, с. 19].

На наш взгляд, приведенные определения имеют ряд как преимуществ, так и недостатков. В частности, Н. К. Елина, А. В. Горбунова и С. В. Нагорная в качестве исполнителя по договору об оказании медицинских услуг предусматривают только медицинские организации, тем самым ограничивая право частнопрактикующих врачей на осуществление медицинской деятельности.

В определениях И. Г. Ломакиной, Н. В. Зайцевой и С. В. Нагорной перечислен комплекс медицинских мероприятий и виды медицинских услуг, подлежащих оказанию. Однако представляется, что это не совсем верно, потому что научный прогресс обуславливает ежегодное увеличение количества существующих видов медицинских услуг, и любой их перечень в дефиниции договора со временем утратит свою актуальность.

Кроме того, в определении договора, данном И. Г. Ломакиной, в качестве заказчика выступает гражданин. В связи с этим заслуживает внимания формулировка, предлагаемая С.В. Нагорной, которая обоснованно называет таковым (заказчиком) пациента, страховщика или третье лицо в интересах пациента.

Наиболее приемлемым, думается, является определение договора, сформулированное Е.Е. Васильевой, поскольку учитывает специфику медицинской деятельности: она (деятельность) осуществляется на основании задания заказчика и в соответствии с требованиями, установленными законодательством об охране

здоровья; оказание медицинских услуг возможно только при совершении заказчиком действий, необходимых для оказания услуги [7, с. 13].

В настоящее время, независимо от специфики медицинской услуги, любой из договоров, заключенный с целью оказания медицинской помощи, следует рассматривать как разновидность предусмотренного статьей 779 ГК РФ договора возмездного оказания услуг. Следовательно, договору на оказание медицинских услуг присущи основные признаки договора возмездного оказания услуг. В то же время он обладает отличительными чертами в силу специфики медицинской услуги.

Согласно ст. 779 ГК РФ, в договоре возмездного оказания услуг определены две стороны: заказчик и исполнитель. Одним из основных заказчиков медицинской услуги является публично-правовые образования, которые посредством системы обязательного медицинского страхования защищают интересы населения в области охраны здоровья. Реализацией данного направления государственной политики занимается Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Помимо этого, на стороне заказчика могут выступать конкретные государственные органы [10]. Зачастую заказчиками выступают физические лица.

Исполнителями в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг могут выступать субъекты государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе: лечебно-профилактические учреждения, медицинские организации, которые являются юридическими лицами, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой. Требования к непосредственному исполнителю медицинской прописаны в ст. 69 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Медицинская услуга оказывается конкретным физическим лицом, которое является представителем медицинской организации [13, с.10].

Итак, субъектный состав участников обязательств по оказанию медицинских услуг достаточно разнообразен: физические и юридические лица, а также публично-правовые образования. Сторону заказчика представляют следующие субъекты: физические лица (в том числе пациент) и юридические лица, организа-

ция в отношении своих работников, публично-правовые образования. На стороне заказчика может выступать лицо, которое не является потребителем медицинской услуги, имеет место договор в пользу третьего лица, в частности пациента.

С начала 2013 года, вступили в действие новые Правила предоставления медицинскими организациями платных услуг, утвержденные Постановлением правительством РФ от 04.10.2012 года №1006, которые содержат нормы о договоре на оказание платных услуг и приводят перечень существенных условий договора.

В п. 17 данных Правил приводится перечень существенных условий договора на оказание платных медицинских услуг:

В договоре на оказание платных медицинских услуг должны указаны сведения о сторонах договора. Если исполнителем по договору является юридическое лицо, то должны быть указано его фирменное наименование, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию, номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность юридического лица в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения выдавшего ее лицензирующего органа, должность, фамилия имя и отчество лица, заключающего договор от имени исполнителя и его подпись.

Если исполнителем по договору является индивидуальный предприниматель должны быть указаны фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя, адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность индивидуального предпринимателя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа; подпись индивидуального предпринимателя.

Следует отметить, что потребитель услуги в договоре может быть указан наряду с заказчиком в случае, когда заказчик с исполнителем заключили договор на оказание медицинских услуг физическому лицу – потребителю, который не является заказчиком.

Потребителем по договору на оказание медицинских услуг может быть и заказчик, в случае если лицу, заключившему договор, т.е. заказчику, в соответствии с договором непосредственно оказываются медицинские услуги, предусмотренные договором [3, с. 43]

Предмет договора на оказание медицинских услуг, как и любого другого договора, является его существенным условием. Предметом договора на оказание платных медицинских услуг являются непосредственно медицинские услуги.

Договор должен содержать перечень платных медицинских услуг, которые предоставляются по договору.

Существенным условием рассматриваемого договора является его цена. Ценой договора на оказание медицинских услуг является оплата заказчиком предоставленных исполнителем медицинских услуг.

Кроме того, важными частями договора являются также условия и сроки предоставления платных медицинских услуг, ответственность сторон за невыполнение условий договора, порядок изменения и расторжения договора [2, с. 640].

К существенным условиям рассматриваемого договора относятся и иные условия, определяемые по соглашению сторон, согласно которым наряду с существенными условиями договора [6].

В заключение необходимо отметить, что в силу п. 16 Правил рассматриваемый договор заключается в письменной форме, поэтому условия договора обязательно прописываются в тексте договора, т.е. в его письменной форме.

В действующем законодательстве определение понятия договора возмездного оказания медицинских услуг отсутствует. В юридической литературе предложены различные определения договора об оказании медицинских услуг.

Договору на оказание медицинских услуг присущи основные признаки и черты договора возмездного оказания услуг.

Родовые признаки договора возмездного оказания услуг: консенсуальный, двусторонний, возмездный, он обладает отличительными чертами в силу специфики медицинской услуги:

- Во-первых, наличием согласованных действий участников, выражающих их взаимное волеизъявление;
- Во-вторых, направленностью данных действий (волеизъявления) на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей сторон.

Субъектный состав участников обязательств по оказанию медицинских услуг весьма разнообразен: физические и юридические лица, а также публично-правовые образования.

Существенным условием рассматриваемого договора является:

- Цена договора. Ценой договора на оказание медицинских услуг является оплата заказчиком предоставленных исполнителем медицинских услуг.
- Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг, ответственность сторон за невыполнение условий договора, порядок изменения и расторжения договора.

Форма договора возмездного оказания медицинских услуг: заключается в письменной форме.

Список литературы:

1. Васильева Е. Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: дис. канд. юрид. наук. Томск, 2004.
2. Волчанина Н. Н. Договор на оказание платных медицинских услуг как разновидность договора возмездного оказания услуг // Молодой ученый. 2014. №3. С. 638-641.
3. Галкин А. Ю. Элементы договора на оказание платных медицинских услуг // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота 2013. №11 (78). С. 42-44.
4. Горбунова А. В. Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг в Российской Федерации: автореф. дис. . канд. юрид. наук. СПб, 2004;
5. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая): Федеральный закон от 26.01.1996 г. №14-ФЗ // СЗРФ. 1996. №5. ст. 410.
6. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): Федеральный закон от 30.11.1994 г. №51-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации (СЗРФ). 1994. №32. ст. 3301.

7. Гражданское и торговое право капиталистических государств: Учебник / Под ред. Е. А. Васильева. 2-е изд., переработанное и дополненное. М., 1992;
8. Елина Н. К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг. Самара: Офорт, 2006.
9. Кожеурова О.Б. Медицинская услуга, как объект вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. 2009. №2.
10. Колоколов Г.Р. Медицинское обслуживание: частные клиники, льготы, лекарства, рецепты, ответственность: сам себе адвокат. Вып. №31 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 10 мая 2017г.).
11. Красавчиков О. А. Гражданско-правовой договор: понятие, содержание и функции // Антология уральской цивилистики. 1925-1989: сб. ст. М.: Статут, 2001.
12. Ломакина И. Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2006.
13. Максимова Юлия Владимировна Субъекты правоотношений в сфере оказания медицинских услуг // Вестник БГУ. 2013. №2.
14. Нагорная СВ. Договор об оказании медицинских услуг: Автореф. дис: канд. юрид. наук. Белгород, 2004. С. 19.
15. Красавчикова О. А. Гражданско-правовой договор: понятие, содержание и функции // Антология уральской цивилистики. 1925-1989: сб. ст. М.: Статут, 2001.
16. Шаяхметова, Алина Римовна. Договор возмездного оказания медицинских услуг: проблемы теории и практики // Диссертация ... кандидата юридических наук: Шаяхметова Алина Римовна; Место защиты: Ур. гос. юрид. акад.- Екатеринбург, 2012. 150 с.

Об авторах:

Сундуков Дмитрий Вадимович – ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, заведующий кафедрой судебной медицины, доцент, доктор медицинских наук, Москва, e-mail: sudmed.rudn@yandex.ru

Романова Ольга Леонидовна – ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, ассистент кафедры судебной медицины, Москва, e-mail: olgpharm@yandex.ru

Баринев Евгений Христофорович – ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, доцент кафедры судебной медицины, доцент, доктор медицинских наук, Москва, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Баширова Асия Ренатовна – ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, ассистент кафедры судебной медицины, Москва, e-mail: bar_76-76@mail.ru

Sundukov Dmitry Vadimovich – Peoples' Friendship University of Russia, the head of the department of forensic medicine, Doctor of medical Science, Associate professor, Moscow, e-mail: sudmed.rudn@yandex.ru

Romanova Olga Leonidovna – Peoples' Friendship University of Russia, assistant of the department of forensic medicine, Moscow, e-mail: olgpharm@yandex.ru

Barinov Evgeny Khristoforovich – Peoples' Friendship University of Russia, associate professor of the department of forensic medicine, Doctor of medical Science, Associate professor, Moscow, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Bashirova Asiya Renatovna – Peoples' Friendship University of Russia, assistant of the department of forensic medicine, Moscow, e-mail: bar_76-76@mail.ru

© Сундуков Д.В., Романова О.Л., Баринов Е.Х., Баширова А.Р., 2017

Тимофеев И.В.

ПОКАЗАНИЕ К МЕДИЦИНСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ И ПОКАЗАННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ)

В статье обсуждаются терминологические, правовые и организационные вопросы применения в медицинской практике понятий «показание к медицинскому вмешательству» и «показанность медицинского вмешательства». Дана новая трактовка понятия «показанность медицинского вмешательства», обусловленная изменениями в законодательстве Российской Федерации.

Ключевые слова: показание, показанность, медицинское вмешательство.

Timofeev I. V.

THE INDICATION TO MEDICAL INTERVENTION AND NEED OF MEDICAL INTERVENTION (TERMINOLOGICAL, LEGAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS)

In the article are discussed terminological, legal and organizational issues of use in medical practice of the concepts «the indication to a medical intervention» and «pokazannost of a medical intervention». The new interpretation is given of the concept «pokazannost of a medical intervention» caused by changes in the legislation of the Russian Federation.

Keywords: indication, pokazannost, medical intervention.

В медицине традиционно выбор решения о необходимости проведения (непроведения) пациенту медицинского вмешательства связывают с определением у него наличия (отсутствия) медицинских показаний для этого вмешательства.

В словарях дается различное толкование понятия «показание». Показание к вмешательству – данные, указывающие на необходимость или целесообразность применения какого-нибудь средства, действия (обычно в медицине), например, показанность к операции [1]. Показание – медицинское состояние организма или отдельный признак, указывающий на способ лечения. Показанность к операции [2].

Показание для медицинского вмешательства – это, как правило, патологическое состояние человека вследствие болезни или

ее нозологических (греч. – *pozos* – болезнь) эквивалентов (травмы, отравления), указывающее на необходимость (целесообразность) его проведения. Медицинское вмешательство признается непоказанным применительно к такому состоянию человека, при котором нет необходимости проведения этого медицинского вмешательства.

Показания к медицинскому вмешательству могут быть абсолютными и относительными.

Абсолютными показаниями для медицинского вмешательства являются те состояния, которые требуют **обязательного** проведения конкретного медицинского вмешательства.

К относительным показаниям для медицинского вмешательства относятся те состояния, которые **не исключают возможность замены** конкретного медицинского вмешательства другим.

Выделяют еще одну категорию показаний к медицинскому вмешательству – жизненные показания, – это состояния, требующие немедленного проведения конкретного медицинского вмешательства в связи с наличием непосредственной угрозы жизни пациента.

Противопоказанием для медицинского вмешательства является такое состояние, при котором применение конкретного медицинского вмешательства может принести больше вреда, чем пользы и которое, таким образом, выступает определенным запретом на применение конкретного медицинского вмешательства.

Противопоказания в медицинском вмешательстве также могут быть разделены на абсолютные и относительные. К абсолютным противопоказаниям, прежде всего, относят, например, болезнь в крайней тяжести состояния пациента в связи с обширной распространенностью патологического процесса, а также высокой степенью операционно-анестезиологического риска проведения медицинского вмешательства из-за опасности наступления летального исхода или инвалидизации. К относительным противопоказаниям можно отнести состояния, при которых применение медицинских вмешательств в данной медицинской организации имеет очень высокую степень операционно-анестезиологического риска ее проведения, но при

его снижении с помощью интенсивного лечения относительное противопоказание к медицинскому вмешательству может закончиться.

Медицинский работник для понимания наличия показания или же противопоказания к медицинскому вмешательству, должен знать не только общие закономерности, но и особенности характера течения, локализации главных патологических процессов (проявлений и осложнений основного заболевания), вызвавших ведущие расстройства здоровья человека. Именно наличие показаний при отсутствии противопоказаний служит важным основанием определения необходимости применения медицинских (профилактических, диагностических, лечебных или реабилитационных) вмешательств, т.е. делает обоснованным их применение, а в юридическом смысле, наряду с правильностью выполнения, является одним из факторов проведения признания качества медицинского вмешательства надлежащим.

В законодательстве РФ употребляется словосочетание «первоочередная необходимость». Так, в соответствии со ст. 2 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ [3] основным заболеванием считается «заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает **первоочередную необходимость** (выделено автором) оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти». По нашему убеждению, первоочередную необходимость в медицинской практике можно реализовать через определение понятия «показанности» медицинского вмешательства [2].

Показанность медицинского вмешательства – это важнейший интегральный показатель обоснованности в медицине, включающий в себя соотношение необходимых (целесообразных) действий и нуждаемость (показания) в них пациента в конкретный период времени. Сюда же, по нашему мнению, относится определение своевременности (т.е. необходимости действия в конкретный момент времени) оказания медицинской помощи, а также обязательности получения индивидуального добровольного согласия (ИДС).

Начиная с 1 января 2012 года, получение ИДС, в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального Закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ 323-ФЗ), является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Этим федеральным законом также определены случаи, когда медицинское вмешательство может быть проведено без ИДС (ч. 9 ст. 20 ФЗ 323-ФЗ) и этот перечень исчерпывающий.

Противопоказанностью медицинского вмешательства императивно признается показатель, при котором медицинское действие уже до начала его реализации, определяет крайне высокий риск развития неблагоприятных реакций и неблагоприятного исхода.

Организаторов здравоохранения, при проведении медико-организационных мероприятий в здравоохранении, а сотрудников судебных, следственных и надзорных органов в конкретном случае рассмотрения «медицинских» дел интересуют следующие положения:

1. Установление окончательного диагноза заболевания (травмы, отравления). Это является ключевым медико-юридическим актом.

2. Определение того, были ли медицинские действия (бездействия) показаны (необходимы) данному пациенту. Ответ на это положение определяет: показано или не показано, а в ряде случаев – противопоказано медицинское вмешательство (невмешательство).

3. Определение того, имелись ли нарушения (дефекты) оказания медицинской помощи, в том числе применение непоказанного или противопоказанного медицинского вмешательства.

4. Определение наличия или отсутствия причинной прямой или косвенной связи выявленного нарушения (дефекта) медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом.

Отдельным стоит вопрос об использовании критерия показанности медицинского вмешательства для оценки качества медицинской помощи. На наш взгляд, этот критерий может заменить два критерия (п. 21 ст. 2 ФЗ 323-ФЗ): своевременность и правильность выбора медицинского вмешательства. При этом,

если критерий показанности медицинского вмешательства будет дополнен критерием **правильности выполнения** медицинского вмешательства, то в сочетании с оценкой влияния (не влияния) на исход после медицинского вмешательства, эти три ключевых показателя (критерия) могут быть основой заключения специалистов о качественности или некачественности медицинского вмешательства.

Таким образом, в связи с изменениями законодательства Российской Федерации понятия «показанность медицинского вмешательства» существенно изменилось за счет включения в него необходимости получения ИДС. И медицинское вмешательство не считается показанным, если надлежащим образом не получено ИДС.

Выводы:

1. Медицинское вмешательство должно выполняться только при наличии показаний.

2. Ожидаемый положительный эффект (польза) от медицинского вмешательства должен превышать возможный вред («лечение не должно быть тяжелее заболевания»).

3. Критерием показанности является определение того, что конкретное медицинское вмешательство является наиболее полезным и доступным для данной болезни (травмы, отравления) в данное время.

4. Исполнитель медицинского вмешательства должен иметь заключение о возможных (как положительных, так и отрицательных) эффектах вмешательства и вероятности ожидаемых изменений после него в конкретном случае, а также информировать об этом пациента в рамках получения ИДС.

Список литературы:

1. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М.: Азбуковник, 2002. С. 549.
2. Современный толковый словарь русского языка // под ред. С.А. Кузнецова. СПб.: «Юринт», 2001. С. 561.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. ст. 6724.

Об авторе:

Тимофеев Игорь Владимирович – судья Уставного суда Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, 191124, Санкт-Петербург, Суворовский проспект, д. 62, литера А, e-mail: oss@spbustavsud.ru

Igor Timofeev – Judge Statutory Court of St. Petersburg, MD, Professor, Honored Worker of Higher School of the Russian Federation, 191124, St. Petersburg, Suvorov Prospect, 62, A letter, e-mail: oss@spbustavsud.ru

© Тимофеев И.В., 2017

Тимофеев Ю.С., Тимофеева М.Ю.

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СООТНОШЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕР В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ
У ДЕТЕЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ
НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

Статья посвящена анализу соотношения правовых норм, регламентирующих лечебные и профилактические мероприятия в РФ. Приводятся результаты оценки наиболее значимых факторов риска, связанных с нарушением надлежащего ухода за больным ребенком, приводящих к неблагоприятным исходам для здоровья и жизни несовершеннолетних пациентов.

Ключевые слова: профилактика, профилактические меры, некачественное оказание медицинской помощи, несовершеннолетние пациенты, приоритет несовершеннолетних.

Timofeev Yu. S., Timofeeva M. Yu.

**LEGAL ASPECTS OF RELATIONSHIP OF PREVENTION OF PREVENTIVE
AND TREATMENT MEASURES IN THE HEALTH CARE SYSTEM
OF THE RUSSIAN FEDERATION ON PREVENTION
OF CHILDREN OF DEVELOPMENT OF HEART PATHOLOGIES
ON THE BACKGROUND OF THE INFECTION PROCESS**

This article analysis the balance between the legal aspects, which regulate preventive and curative measures in the Russian Federation. The results of the evaluation of the most significant risk factors connected to sanitary rule breaking and inappropriate care about a minor patient, which leads to therapeutic failure, are presented.

Keywords: preventive measures, proper medical care, teenagers, the priority of teenagers.

Несмотря на интенсивную оптимизацию законодательной базы системы здравоохранения РФ, затрагивающей практически все аспекты медицинской деятельности, приоритет профилактических мер остается неизменным.

Так согласно ст. 41 Конституции РФ, в полном объеме финансируются программы по охране и укреплению здоровья граждан и привлечению их к занятиям спортом, а положения ст. 42 Конституции РФ, закрепляющие право населения на благоприятную окружающую среду, не наносящую вред здоровью, поддерживаются нормами санитарно-эпидемиологического контроля.

Более углубленно эти положения регулирует Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Закрепляя «основные принципы охраны здоровья» в ст. 4, регулирует их применение в совокупности с остальными статьями данного нормативного документа, в котором, согласно ст. 12, приводится перечень профилактических мероприятий, направленных на обеспечение охраны здоровья граждан.

В свою очередь, Минтруд России от 27 марта 2017 г. Приказом №306н утвердил профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый» (зарегистрированный Министерством юстиции РФ 17 апреля 2017 г., регистрационный №46397), в соответствии с пунктом 16 Правил разработки и утверждения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства РФ от 22 января 2013 г. №23. Одновременно признан утратившим силу приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 июня 2015 г. №400н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалиста по педиатрии».

Не смотря на перечисленную «правовую защиту» с прискорбием приходится констатировать, что на практике отдельных медицинских учреждений, вместо «предупреждения и раннего выявления заболевания», производится замена диагноза (вирус гриппа или ангину на ОРЗ) с целью обеспечения показателей по эпидемиям, а сама диспансеризация превращается – в механическое штампование медицинских карт, что приводит к высокому риску развития у детей на фоне вирусной инфекции осложнений в виде кардитов и пневмоний.

В этой связи, необходимо подчеркнуть, что внебольничная пневмония (ВП) является актуальной проблемой для педиатрической практики, и в последние годы отмечается рост ее заболеваемости (ВП) у детей.

В реальной практике, особенно в амбулаторных условиях, серьезными проблемами является ранняя диагностика и рациональная терапия пневмонии у детей [2, с. 5].

По данным ВОЗ, пневмония является главной причиной детской смертности во всем мире. Среди причин летальности у детей до 5 лет на ее долю приходится 17,5%, что ежегодно в мире составляет 1,1 млн. смертных случаев (это больше, чем СПИД,

малярия и корь вместе взятые). При этом 99% летальных случаев от пневмонии у детей до 5 лет приходится на слабо и средне развитые страны мира [5].

По данным Минздрава РФ болезни органов дыхания у детей в возрасте от 0-17 лет занимают третье место в структуре причин смерти после внешних причины и пороков развития. В РФ в последние годы произошло значительное снижение смертности от пневмонии детей первого года жизни: с 16,1 в 1995 г. до 2,7 в 2012 г. на 10 000 родившихся живыми (при этом, в 24% пневмония выступает не основной, а конкурирующей причиной смерти больных). Данные о смертности от пневмонии по регионам РФ имеют значительный разброс показателей – от 0 до 13,7 на 10 000 (в 2009 г.) [1, 3, 6].

Эпидемиологические исследования показывают, что в течение года заболеваемость ВП минимальна в июле-сентябре, повышается в октябре-декабре, достигает максимума в январе-апреле и снижается в мае-июне. Заболеваемость ВП коррелирует с сезонным повышением уровня ОРВИ [4], а вспышки микоплазменной ВП характерны для закрытых коллективов и отмечаются каждые 3-5 лет [1].

Поэтому упомянутые – подмена диагнозов и «халатные» профилактические осмотры, особенно в осеннее – весенний период, могут привести к не поправимым последствиям, и здесь, немаловажную роль играет контроль со стороны федеральных органов государственной власти.

Ведь согласно пункта «ж» ч. 1 ст. 72 Конституции РФ, координация вопросов здравоохранения, находится в совместном ведении РФ и ее субъектов, что подразумевает совместную ответственность регионов и федерального центра в сфере здравоохранения.

Данные положения дублируются в ч. 1 ст. 14 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где достаточно четко определены полномочия федеральной власти по предметам совместного ведения, а в ч. 2 Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим не только выработку государственной политики, но и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения в соответствии с положением Правительства РФ от

30.06 2004 №321 (в ред. от 16.08.2011) является Минздравсоцразвития РФ. Но как мы видим на практике, не всегда поддаются исполнению в виду ряда субъективных и объективных причин, например – чрезмерной нагрузки мед. персонала, при этом нельзя умалчивать и о проблемах кадрового дефицита.

Так, для родителей и опекунов несовершеннолетних пациентов особый интерес представляют положения ст. 10 ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ», которая предусматривает в ч. 1 – доступность и качество медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, или учебы пациента, в ч. 2 – наличие необходимого количества квалифицированных медицинских работников. Если учитывать, что в некоторых поликлиниках на каждого участкового педиатра приходится по три-четыре участка, а специалистов кардиологического профиля и фтизиатрии вообще нет – обсуждение качества медицинской помощи становится не совсем уместным, а, следовательно, и ч. 3 рассматриваемой ст. 10, наделяющей каждого пациента правом выбрать врача не реализованным.

Следующая немаловажная проблема для медицинского персонала в профилактике и диагностике заболеваний у детей выявляется в период их пребывания в выездных лагерях и здравницах.

В свою очередь, ст. 46 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» закрепляя положения медицинских осмотров и диспансеризации, в ч. 3 подчеркивает проведение «углубленных осмотров» для детей, направленных во Всероссийские детские центры «Океан» и «Орленок», но в последние годы, сохраняется тенденция умалчивания родителями истинного состояния здоровья ребенка. И разговор идет уже не только о аллергических реакциях, перенесенных инфекционных заболеваниях, травмах, оперативных вмешательствах, психосоматических особенностях своих детей, но и о кардиологических патологиях, в период получения – визы; путевки; направления в спортивные секции; развлекательные мероприятия – чем провоцируют создание жизнеугрожающей ситуации.

На основании выше изложенного, считаем, целесообразным, для амбулаторной сети рассмотреть возможности проведения скринингового исследования детей посредством «Латекс-тестов»

на Грипп А, В и включить в стандарт диагностики проведение ЭХО-КГ детям с атипичным и осложненным течением вируса Гриппа.

Вторым вопросом нашего исследования являются проблемы соблюдения порядка оказания медицинской помощи (стандартов медицинской помощи) для несовершеннолетних пациентов инфекционного и как результат – кардиологического профиля.

Согласно ч. 1 ст. 37 ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ» в своей профессиональной деятельности, любой медицинский работник обязан руководствоваться двумя основными документами (разработанными применительно к каждому заболеванию) – стандартом медицинской помощи и, следовательно, порядком ее оказания (действующих с 01.01.2013 г.). Эти документы обязательны для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 августа 2008 г. №410.)

Но на практике мы знаем, что каждый ребенок (без учета индивидуальной непереносимости и аллергических реакций) по-разному реагирует на лечение, в этом случае, естественно, клиницистам приходится подбирать комбинированную терапию в индивидуальном порядке.

Учитывая, что этиология той же ВП зависит от условий, в которых произошло инфицирование, возраста ребенка, предшествующей антибактериальной терапии, наличия сопутствующих заболеваний, таких как ИДС или аспирационный синдром, а также вакцинации против пневмококковой инфекции, коклюша, гриппа [1, 4, 7-9], (представленные в научной литературе данные об этиологии ВП у детей сильно разнятся, что может объясняться различными критериями эпидемическими условиями, в которых проводилось исследование, а также его методологией (в частности, могут различаться диагностики пневмонии)[2].

При этом необходимо помнить, что возбудителями ВП у детей могут быть различные бактерии и вирусы, а в отдельных случаях – грибы и паразиты [10], следовательно, и медикаментозная схема лечения различна. А по данному нормативному акту получается, что лечащий врач не может самостоятельно назначить к

применению лекарственное средство, не указанное в стандарте данной медицинской помощи. Именно с учетом этих особенностей, в ч. 5 (ст. 37) законодатель допускает назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт, в случае наличия индивидуальной непереносимости (по жизненным показаниям) после заключения «врачебной комиссии».

Нельзя не отметить, что законодатель, учитывая интересы ребенка, и контролируя деятельность медицинского работника, предусмотрел ответственность за возможные риски. Так, если у несовершеннолетнего пациента, после принятия рекомендованного лекарственного препарата (не упомянутого в стандарте) отмечается любого ухудшения здоровья, то этот факт может находиться в причинно-следственной связи с действием данного медицинского работника и влечет возмещение причиненного вреда, как физического, так и морального.

И тут клиницисты и судмедэксперты сталкиваются с проблемой, когда в виду различных факторов родители дают лекарственные препараты, не следуя предписанной схеме лечения и дозировкам, что естественно влечет за собой развитие не благоприятных результатов.

В заключении, хочется подчеркнуть, что в деле формирования здорового образа жизни – дети являются наиболее перспективной возрастной категорией.

Поэтому, необходимо уточнить ответственность по ч. 1 ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» относительно родителей и опекунов (попечителей) в случае недобросовестного исполнения ими своих обязанностей по уходу, и соблюдению санитарно-гигиенических норм жилого помещения и личной гигиены, повлекших неблагоприятные последствия для развития и здоровья несовершеннолетних пациентов.

Учитывая аналогичную норму применяемую к пациентам, застрахованным в режиме обязательного социального страхования, согласно ч. 3 ст. 4.3 Федерального закона от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», ре-

комендуем страховщику взыскивать с виновного (родителя) за умышленное причинение ущерба здоровью несовершеннолетним, так как согласно ст. 15 «Возмещение убытков» ч. 1 Гражданского кодекса РФ от 30.11.1994 №51-ФЗ – данные действия, или бездействие могут рассматриваться (квалифицироваться) как нормативно-правовое обоснование гражданской ответственности.

Список литературы:

1. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение, профилактика. Научно-практическая программа. М.: Оригинал-макет, 2010. С.64.
2. Внебольничная пневмония у детей / Генпе Н. А., Розина Н. Н., Волков И. К., Козлова Л.В., Малахов А.Б., Манеров Ф.К., Мизерницкий Ю. Л. Российское респираторное общество, 2015. С. 5.
3. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (форма 1) // URL: <http://www.rospotrebnadzor.ru>
4. Crawford S. E., Daum R. S. Bacterial pneumonia, lung abscess and empyema / Pediatric respiratory medicine / ed. Taussig L. M., Landau L. I. Mosby, Inc., 2008: 501-553.
5. ВОЗ. Информационный бюллетень №331 (ноябрь 2014 г.) // URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/>
6. Мизерницкий Ю. Л., Сорокина Е. В., Ермакова И. Н. и др. Организация медицинской помощи детям с пневмонией в Российской Федерации //Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. 2005. Т. 3. С. 4-8.
7. Torres A., Menendez R., Wunderink R. Chapter 32 – Pyogenic Bacterial Pneumonia, Lung Abscess, and Empyema / Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 5th ed. Copyright © 2010 Saunders, An Imprint of Elsevier.
8. Niederman M. S., Mandell L. A., Anzueto A. et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention // Am J Respir Crit Care Med. 2001 163:1730-1754.
9. Wunderink R. G., Mutlu G. M. Pneumonia. In: Encyclopedia of respiratory medicine / Eds: GJ Laurent, SD Shapiro. 2006. V. 3. P. 402-407. The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford, UK.
10. Esposito S., Patria M.F., Tagliabue C., et al. CAP in children//European respiratory monograph 63: Community-acquired pneumonia/редакторы: J. Chalmers, M.Pletz, S.Aliberti. 2014. P. 130-139.

Об авторах:

Тимофеев Юрий Сергеевич – клинический ординатор, ДГКБ №9 им. Сперанского

Тимофеева Маргарита Юрьевна – ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета, Москва, e-mail: Timofeevainfo@mail.ru

Timofeev Yuriy Sergeevich – hospital physician, Speranskiy children's teaching hospital №9, Moscow

Timofeeva Margarita Yrievna – Sechenov First Moscow State Medical University Senior Lecturer of the Medical Law Chair, Moscow

© Тимофеев Ю.С., Тимофеева М.Ю., 2017

Тюрина Т.В., Жуков Д.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСТУПА СТРАХОВЫМ ОРГАНИЗАЦИЯМ К СВЕДЕНИЯМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Статья посвящена анализу проблемы организации доступа к сведениям о пациентах, составляющим врачебную тайну, страховым организациям.

Ключевые слова: врачебная тайна; страховые организации.

Tyurina Tatyana V., Zhukov Dmitry A.

TO THE ISSUE OF ORGANIZATION ACCESS TO MEDICAL SECRET FOR INSURANCE COMPANIES

The article is devoted to analysis the problem of organization access to medical secret for insurance companies.

Keywords: medical secrecy, insurance companies.

Тема, связанная с распространением сведений, составляющих врачебную тайну, уже долгое время является предметом дискуссий как в научных кругах, так и на законодательном уровне. Особую актуальность данная проблема приобрела после выдвижения депутатом Государственной Думы Резником В.М. законодательной инициативы об организации доступа к врачебной тайне страховым организациям.

Законопроект №148799-7, внесенный депутатом, предполагает изменения в Федеральный закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации», которые позволят страховым организациям получать в медицинских организациях сведения о застрахованном лице, жизни и (или) здоровью которого причинен вред, включая сведения, составляющие врачебную тайну и (или) отнесенные к специальной категории персональных данных при наличии письменного согласия лица (законного представителя указанного лица), предоставленного страховой организации.

К таким сведениям законопроектом предлагается отнести:

1. подтверждение установления застрахованному лицу диагноза (заболевания), с указанием даты его установления, и (или) факта получения травмы, с указанием даты обращения в медицинскую организацию;

2. подтверждение установления застрахованному лицу инвалидности или категории «ребенок-инвалид» с указанием даты проведения медико-социальной экспертизы [1].

При этом следует обратить внимание, что данный законопроект не нашел единогласной поддержки фракции «Единая Россия», членом которой является Резник В.М. Так, руководитель фракции Владимир Соловьев на следующий день после внесения законопроекта заявил, что инициатива не обсуждалась на фракции и поддержана не будет. Однако в данный момент законопроект уже направлен на рассмотрение в профильный комитет по финансовому рынку. Таким образом, его рассмотрят в рамках обычной процедуры на одном из заседаний [2].

Исходя из этого, с уверенностью говорить о том, будет ли принят или отклонен депутатами законопроект №148799-7, не представляется возможным. Тем не менее, совершенно определенно можно судить о том, что вынесение подобной инициативы на законодательный уровень требует проведения соответствующих фундаментальных исследований, в том числе содержащих анализ действующей системы правового регулирования в сфере врачебной тайны, международной практики, а также прогнозирования возможных последствий для пациентов и медицинских организаций.

Прежде всего, необходимо отметить, что сам термин «врачебная тайна» не имеет однозначного понимания и часто выступает предметом дискуссии в научных кругах. Многие исследователи полагают, что «врачебную тайну» более корректно было бы именовать «медицинской тайной».

Как отмечает Павлов А.В., анализ законодательства свидетельствует о том, что обязанность по соблюдению врачебной тайны возлагается на любое лицо, которому информация передана при медицинском обследовании, лечении, обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных обязанностей. В оказании медицинской помощи участвуют не только врачи, но и другие медицинские работники: фельдшеры, лаборанты, зубные врачи, инструкторы, медицинские сестры. В Российской Федерации в структуре медицинских работников средний медицинский персонал составляет свыше 60 процентов. В сельской местности, например, пода-

вляющую часть работ и услуг по оказанию медицинской помощи выполняет фельдшер. Информация, составляющая медицинскую тайну гражданина, в силу сложившейся ситуации может быть передана работникам, не являющимся медицинскими (например, инженеру по медицинскому оборудованию) [3, с. 49].

Чрезвычайно важно, что тема врачебной тайны очень «чувствительна» для населения и, представляя высокую общественную значимость, имеет комплексное правовое регулирование в Российской Федерации.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации врачебная тайна относится к сведениям конфиденциального характера, доступ которым ограничен в соответствии с Конституцией Российской Федерации и федеральными законами [4]. Доступ к таким сведениям допускается, по общему правилу, только с письменного согласия гражданина или законного представителя. В исключительных случаях доступ к врачебной тайне может быть получен без согласия (при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений, при расследовании несчастного случая на производстве, по запросу прокуратуры, суда и т.д.) [5].

Общественная значимость сведений, составляющих врачебную тайну, материализуется в виде объемного механизма их защиты. За неправомерное разглашение таких сведений, в зависимости от конкретных обстоятельств дела, законодателем предусмотрена гражданско-правовая, административная или даже уголовная ответственность. Кроме того, работа по пресечению случаев возможного распространения сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется так же и со стороны медицинских организаций.

Как правило, медицинские организации принимают локальные нормативные акты о защите персональных данных и врачебной тайны, с которыми работников знакомят под роспись. Кроме того, в должностных инструкциях часто дублируется норма Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой медицинские работники обязаны соблюдать врачебную тайну. Личная подпись медицинского работника под ознакомле-

нием с положением о защите конфиденциальной информации, в том числе врачебной тайны, и в должностных инструкциях – обязательный и заключительный этап возложения на него «обязанности молчать» [6, с. 57].

Таким образом, вопросы, связанные с защитой сведений, составляющих врачебную тайну, имеют особую актуальность. Неправомерное разглашение таких сведений может нанести вред как пациентам, права которых нарушаются, так и медицинским организациям в виде репутационных рисков.

Несмотря на наличие широкого объема мер защиты врачебной тайны, судебная практика имеет достаточное количество резонансных примеров, когда конфиденциальные сведения о пациентах становились общедоступной информацией: например, выложенные в «Интернет» фотографии врача с пациентами, находящимися в бессознательном состоянии, передача информации о критическом состоянии пациента организациям, оказывающим ритуальные услуги и др. Все эти случаи позволяют судить лишь о том, что механизм защиты врачебной тайны требует совершенствования, но не установления дополнительных оснований для ее распространения третьим лицам.

Учитывая, что внесенный депутатом законопроект №148799-7 не содержит дополнительных гарантий обеспечения безопасности сведений, составляющих врачебную тайну, нельзя исключить, что реализация данной инициативы повлечет за собой риски фиктивного получения согласия граждан на запрос сведений, составляющих врачебную тайну, возможность «отсеивания» невыгодных клиентов, завышения стоимости дополнительного медицинского страхования (ДМС), а, может быть, даже и шантажа граждан со стороны отдельных страховых организаций.

О наличии рисков злоупотребления сведениями, составляющими врачебную тайну, говорит председатель постоянной комиссии по социальным правам СПЧ при Президенте РФ Анита Соболева. По ее словам, «это нарушает международные нормы и конституционные права» и приведет исключительно к обогащению страховых компаний. Доступ к личной медицинской информации поможет страховым компаниям «снижать свои риски: отсеивать невыгодных клиентов и сильно завышать стоимость

полиса ДМС». А для оценки оправданности трат средств страховой компании на лечение персональные данные не требуются [7].

Доступ к врачебной тайне может серьезно повлиять и на лечебно-диагностический процесс, «ударить» по качеству медицинской помощи. Пациент может сообщать не все сведения доктору, опасаясь, что в отсутствии конфиденциальности они могут стать достоянием третьих лиц, и использоваться для компромата или шантажа. Если же пациенты будут скрывать сведения из жизни, истории заболевания, невозможно будет быстро и правильно поставить диагноз и назначить лечение [8].

Таким образом, предлагаемая на законодательном уровне концепция об организации доступа страховым организациям к сведениям, составляющим врачебную тайну, учитывает исключительно экономические интересы страховщиков и в предлагаемом виде несет в себе существенные риски относительно защиты прав и свобод человека в Российской Федерации.

Можно утверждать, что только при наличии комплексного подхода к правотворчеству, который бы учитывал интересы всех сторон отношений, складывающихся по поводу организации доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну, можно гарантировать эффективную и безопасную работу с такой конфиденциальной информацией. В противном случае будет нарушен баланс интересов и равенство в отношениях медицинских организаций и граждан, желающих воспользоваться их услугами.

Список литературы:

1. Законопроект №148799-7. URL: <http://asozd2.duma.gov.ru/main.nsf/%28SpravkaNew%29?OpenAgent&RN=148799-7&02> (дата обращения: 17.05.2017).
2. Депутаты хотят раскрыть врачебную тайну. URL: <http://izvestia.ru/news/691742> (дата обращения: 17.05.2017).
3. Павлов А.В. Этимология врачебной (медицинской) тайны // Медицинское право. 2015. №3. с. 48-51.
4. Указ Президента РФ от 06 марта 1997 года №188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера» // Собрание законодательства РФ. 10.03.1997, №10, ст. 1127.
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

6. Киселев А. Уход молча, или О долге соблюдения врачебной тайны // Трудовое право. 2017. №2. с. 55-65.
7. В СПЧ назвали «недопустимым» раскрытие врачебной тайны страховщикам. URL: <http://www.rbc.ru/rbcfreenews/58e4bd9e9a7947e098888469> (дата обращения: 17.05.2017).
8. Проклятие Гиппократ: к чему приведет отмена врачебной тайны URL: http://www.rbc.ru/spb_sz/05/04/2017/58e50a019a79472e6d1a63b9 (дата обращения: 17.05.2017).

Об авторах:

Тюрина Татьяна Венедиктовна – главный врач ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, депутат Законодательного собрания Ленинградской области, д.м.н., профессор, Санкт-Петербург, e-mail: tyurina@mail.ru

Жуков Дмитрий Александрович – магистрант юридического факультета, Северо-Западный институт управления РАНХиГС, Санкт-Петербург, e-mail: Zhukov.lawyer@gmail.com

Tyurina Tatyana V. – Leningrad Region Clinical Hospital, Chief of Medicine

Zhukov Dmitry A. – State Expert Institute of Regional Legislation, Leading specialist

© Тюрина Т.В., Жуков Д.А., 2017

Тюрина Т.В., Жуков Д.А., Латашенко М.Д., Волков И.В.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Статья посвящена исследованию проблемы причинения вреда медицинским работникам при осуществлении служебной деятельности с целью разработки практических рекомендаций по совершенствованию организационно-правового регулирования в данной сфере.

Ключевые слова: медицинские работники; причинение вреда.

Tyurina Tatyana V., Zhukov Dmitry A., Latashenko Mikhail D., Volkov Ilya V.

LEGAL MANAGEMENT ASPECTS OF THE PROBLEM OF ENSURING THE SAFETY OF THE MEDICAL EMPLOYEES ON EXECUTION THEIR DUTY

The article is devoted to research the problem of medical employees damnification on execution their duty, for developing the practical advices of improving the legal management in this field.

Keywords: medical employee, damnification.

На современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации все большую актуальность приобретает проблема обеспечения безопасности медицинских работников при осуществлении служебной деятельности. Причиной этому – стремительное увеличение числа случаев нападения пациентов на медицинских работников, в том числе на сотрудников скорой медицинской помощи. Анализ практики свидетельствует о том, что во многих случаях такие нападения ведут к причинению пострадавшим вреда различной степени тяжести, в том числе вреда, опасного для жизни или влекущего полную утрату профессиональной трудоспособности. При этом нельзя забывать о том, что от противоправного поведения агрессивных пациентов страдает и население, лишаясь возможности своевременно получить квалифицированную медицинскую помощь.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации с 2010 по 2016 годы на медработников было совершено около 1226 нападений при исполнении служебных обязанностей [1].

В настоящее время как на федеральном уровне, так и в регионах ведется работа по поиску путей выхода из сложившейся ситуации. В данный момент можно выделить следующие актуальные направления работы в этой сфере.

Начиная с 2014 года, в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации (далее по тексту – Государственная Дума) был внесен ряд законопроектов, направленных на повышение уровня безопасности медицинских работников, и в частности медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи.

Разработчиками предлагались следующие варианты решения проблемы. Предполагалось выделить в рамках Уголовного кодекса Российской Федерации отдельные составы преступлений, предусматривающие ответственность за применение насилия в отношении медицинских работников [2].

Другим вариантом решения проблемы представлялось включение сотрудников бригад скорой медицинской помощи в число представителей власти [3].

Несмотря на поддержку общественности, а также наличие подобных инициатив в научных кругах [4], ни один из законопроектов по этой проблеме пока так и не получил статуса федерального закона.

В ходе обсуждения законопроектов в Государственной Думе было озвучено, что в настоящее время уже предусмотрена повышенная уголовная ответственность за посягательство на жизнь и здоровье медицинских работников в связи с осуществлением ими служебной деятельности, то есть рассматриваемые деяния уже охватываются действующими нормами уголовного законодательства, в связи с чем выделение отдельных составов преступлений в рамках Уголовного кодекса является излишним. Включение медицинских работников в число представителей власти, по мнению депутатов, так же является необоснованным, поскольку медицинский работник – это физическое лицо, в трудовые обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности. Медработники не наделены распорядительными полномочиями в отношении лиц, не находящихся от них в служебной зависимости, либо правом принимать решение, обязательное для

исполнения гражданами, организациями, учреждениями независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, что не позволяет отнести их к представителям власти [5].

Подобные мнения звучали так же и на экспертном уровне. Так, по словам профессора академии МВД России Ивана Соловьева, врачи скорой помощи находятся в непосредственном контакте с населением, поэтому шансов стать объектом агрессивного поведения у них больше, чем у других их коллег. «Однако приравнивать их к сотрудникам правоохранительных органов и представителей власти – как объекта уголовно-правовой охраны, является не самым удачным воплощением идеи защиты их от преступных посягательств. Все-таки правоохранители и врачи, хотя глобально и выполняют схожие функции по «излечению» наших граждан, однако их статус, условия работы, уровень опасности, которой они подвергаются, и частота посягательств являются несоотносимыми» [6].

Вместе с тем общий вывод об отсутствии необходимости совершенствования правового регулирования в сфере обеспечения безопасности медицинских работников представляется слишком категоричным. Действующее законодательство охватывает в большей степени случаи убийства, причинения тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, оставляя возможность практически безнаказанно наносить побои, мелкие увечья медицинским работникам, а также оскорблять их.

На указанную проблему обращает внимание С.Ю. Мелихов, отмечая при этом, что проблема совершенствования законодательства в сфере обеспечения безопасности медицинских работников заключается не в отсутствии объективной необходимости дополнительного правового регулирования, а в слабой юридической проработке вносимых законопроектов по этой проблеме [7, с. 21].

Из этого следует, что внесение изменений в Уголовный кодекс объективно необходимо, но в более проработанном варианте, чем предлагалось ранее.

Во-первых, необходимо персонифицировать категории медицинских работников, нападение на которых является особо опасным и должно караться уголовным законом (например, в отношении сотрудников выездной бригады скорой медицинской помощи, участковых врачей или др.).

Во-вторых, подобный законопроект должен содержать развернутую информацию, в том числе статистическую, по нападениям на медицинских работников, которая бы достаточным образом отражала необходимость совершенствования имеющихся мер правового воздействия на нарушителей [8].

Рассматривая проблему посягательств на здоровье и жизнь медицинских работников при осуществлении служебной деятельности, важно понимать, что наличие в Уголовном кодексе необходимых положений для привлечения нарушителей к ответственности еще не является гарантией достижения положительного результата. Важным шагом на пути обеспечения безопасности медработников является создание условий для неотвратимости наказания, о чем неоднократно говорил в своих выступлениях депутат Государственной Думы Марданшин Р.М. [9]. Стремительно увеличивающееся число нападений на медицинских работников свидетельствует о том, что на данный момент работа в этом направлении является недостаточной.

В этой связи перспективной для разработки представляется мера по изменению подследственности отдельных категорий преступлений в отношении медицинских работников с целью повышения эффективности их расследования и создания на этой основе положительного превентивного опыта.

Ранее в статье говорилось о том, что нападения на медицинских работников влекут за собой причинение пострадавшим вреда различной степени тяжести, в том числе вреда, опасного для жизни или влекущего полную утрату профессиональной трудоспособности. Законодатель относит такие деяния к числу тяжких преступлений с возможностью применения наказания в виде лишения свободы на срок до десяти лет.

Как правило, расследование преступлений подобной степени тяжести осуществляется следователями Следственного комитета Российской Федерации (например, преступления, предусмотренные статьями 126 частью второй, 131 частью второй, 132 частью второй Уголовного кодекса Российской Федерации и другие). В то же время рассматриваемый вид преступления, а именно умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в отношении лица в связи с осуществлением им служебной деятельности (к кото-

рым относятся, в том числе и медицинские работники), отнесен к подследственности следователей органов внутренних дел Российской Федерации.

Таким образом, передача полномочий по расследованию преступлений, предусмотренных подпунктом «а» части 2 статьи 111 Уголовного кодекса Российской Федерации, следователям Следственного комитета Российской Федерации представляется эффективным шагом на пути обеспечения безопасности медицинских работников при осуществлении служебной деятельности. Кроме того, подобные изменения позволят установить дополнительные гарантии и в отношении иных сотрудников, служебная деятельность которых предполагает наличие риска причинения вреда здоровью.

Итак, определенно можно судить о том, что проблема обеспечения безопасности медицинских работников при осуществлении служебной деятельности далека от разрешения. Этому препятствует наличие ряда концептуальных проблем, связанных, прежде всего, с отсутствием (в том числе на законодательном уровне) достаточного понимания относительно природы возникновения конфликтных ситуаций, в которых неправомерно реализуемая пациентом свобода воли выливается в правонарушение. Недостаточная работа по обеспечению условий для соблюдения принципа неотвратимости наказания в отношении нарушителей лишь усугубляет ситуацию, укрепляя нигилистические настроения общества относительно справедливости закона в Российской Федерации. В связи с этим представляется, что выход из сложившейся ситуации может быть найден исключительно при комплексном подходе: начиная с определения правового статуса медицинского работника в отношениях с пациентом вплоть до регламентации процессуальных действий по расследованию преступлений, связанных с причинением вреда в отношении данной категории сотрудников.

Список литературы:

1. Вопрос обеспечения безопасности медицинских работников назрел давно. URL: <http://rusnord.ru/dayly/37724-elena-vtorygina-vopros-obespecheniya-bezopasnosti-medicinskih-rabotnikov-nazrel-davno.html> (дата обращения: 15.05.2017).

2. Законопроект №550297-6. URL: [http://asozd.duma.gov.ru/main.nsf/\(Spravka\)?OpenAgent&RN=550297-6](http://asozd.duma.gov.ru/main.nsf/(Spravka)?OpenAgent&RN=550297-6) (дата обращения: 15.05.2017).
3. Законопроект №897840-6. URL: [http://asozd.duma.gov.ru/main.nsf/\(Spravka\)?OpenAgent&RN=897840-6](http://asozd.duma.gov.ru/main.nsf/(Spravka)?OpenAgent&RN=897840-6) (дата обращения: 15.05.2017).
4. Сергеев Ю.Д., Кузьмин С.Б. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника – актуальная проблема // Медицинское право. 2014. №4. с. 3-7.
5. Стенограмма обсуждения законопроекта №999789-6 URL: <http://api.duma.gov.ru/api/transcript/999789-6> (дата обращения: 15.05.2017).
6. За нападения на врачей неотложки предложено наказывать жестче. URL: <https://rg.ru/2016/02/16/za-napadeniia-na-vrachej-skoroj-pomoshchi-budut-nakazyvat-zhestche.html> (дата обращения: 15.05.2017).
7. Мелихов с. Ю. Быть ли статье Уголовного кодекса РФ о нападении на медицинских работников? // Медицинское право. 2016. №3. с. 18-22.
8. Стенограмма обсуждения законопроекта №999789-6 URL: <http://api.duma.gov.ru/api/transcript/999789-6> (дата обращения: 15.05.2017).

Об авторах:

Тюрина Татьяна Венедиктовна – главный врач ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, депутат Законодательного собрания Ленинградской области, д.м.н., профессор, Санкт-Петербург, e-mail: tvtyurina@mail.ru

Жуков Дмитрий Александрович – магистрант юридического факультета, Северо-Западный институт управления РАНХиГС, Санкт-Петербург, e-mail: Zhukov.lawyer@gmail.com

Латашенко Михаил Дмитриевич – юрисконсульт ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, e-mail: mlatashenko@mail.ru

Волков Илья Владимирович – помощник депутата Законодательного собрания Ленинградской области, Санкт-Петербург, e-mail: ilyavolkov1485812@mail.ru

Tyurina Tatyana V. – Leningrad Region Clinical Hospital, Chief of Medicine.

Zhukov Dmitry A. – State Expert Institute of Regional Legislation, Leading specialist.

Latashenko Mikhail D. – Leningrad Region Clinical Hospital, Lawyer.

Volkov Ilya V. – Leningrad Region Clinical Hospital, Lawyer.

Фарбер Е.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОНЯТИЯ И ФОРМУЛИРОВКИ МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЫ

В статье рассматриваются такие понятия как «медицинская тайна» и «врачебная тайна», их равнозначность и их аналоги в действующем законодательстве Российской Федерации.

Ключевые слова: медицинская тайна, врачебная тайна, легальное определение, конфиденциальность, конфиденциальная информация, тайная информация, персональные данные.

Farber E. V.

MODERN DEFINITIONS AND WORDINGS OF THE MEDICAL SECRECY

Present article considers such notions as «medical mystery» and «doctor's mystery», their equivalence and their analogues in the Russian Federation legislation.

Keywords: medical secrecy, doctoral secrecy, legal definition, confidentiality, confidential information, secret information, personal data.

В своем историческом развитии медицинская тайна во многих странах мира прошла долгий путь своего развития.

Требование от полного разглашения медицинской тайны до ее тотальной сохранности имело место в разные периоды становления в России института медицинской тайны.

Сегодня федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ (Закон №323-ФЗ) [1] закрепил за пациентом право на тайну о состоянии своего здоровья, о своем диагнозе, о методах лечения и даже об обращении к врачам-специалистам (п.7 ч. 5 ст. 19). Как подчеркивает Ю.Д.Сергеев, основной тенденцией современного развития отечественного законодательства стало изъятие из законодательства в медицинской сфере случаев неразглашения медицинской тайны, что подразумевает постепенное расширение списка лиц, имеющих доступ к сведениям, составляющим медицинскую или врачебную тайну [2].

Первым внимание на себя обращает тот факт, что российский законодатель ушел от формулировки «медицинская тайна» и воспроизвел в законе понятие «врачебная тайна». В статье «Врачеб-

ная тайна или медицинская тайна?» автором указывалось, что законодательное определение «врачебная тайна» является, по сути, неточным и непоследовательным, в том числе и потому, что Закон №323-ФЗ не содержит легальных определений врачевания как вида деятельности и врача как субъекта, осуществляющего эту деятельность [3]. Более того, при наличии законно установленных определений: «медицинская помощь» (п. 3 ст. 2 [1]), «медицинская услуга» (п. 4 ст. 2) [1], «медицинское вмешательство» (п. 5 ст. 2) [1], «медицинская деятельность» (п. 10 ст. 2) [1] «медицинский работник» (п. 13 ст. 2) [1], – гораздо более последовательным и логичным было бы закрепить в Законе №323-ФЗ понятие «медицинская тайна», а не «врачебная тайна» (ст. 13) [1].

Помимо этого, далеко не все авторы считают понятия «медицинская тайна» и «врачебная тайна» равнозначными.

Для нахождения совпадений и (или) различий вышеуказанных понятий необходимо сравнить такие исходные определения, как «медицинский работник» и «лечащий врач». Медицинский работник определяется законом как физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность (п. 13 ст. 2) [1]. Лечащий врач – как врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения (п. 15 ст. 2) [1]. Из приведенных выше определений очевидно, что данное в законе понятие «медицинский работник» намного шире и может как включать в себя понятие «лечащий врач», так и вовсе не содержать его. Соответственно понятие «медицинская тайна» должно быть также более широким, нежели «врачебная тайна», а, следовательно, и включать в себя более широкий круг субъектов, обязанных соблюдать конфиденциальность полученных о пациенте сведений.

По мнению автора, вполне логичным и последовательным было бы включение в круг субъектов, обязанных сохранять врачебную тайну, только лиц, подпадающих под определение леча-

щего врача, а именно врачей, осуществляющих функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения. В этом случае действительно можно будет говорить о врачебной тайне как о составном элементе института медицинской тайны [4].

Возможно, имеет смысл вернуться к исходному понятию «медицинская тайна» и закрепить его законодательно с четким обозначением врачебной тайны как его составной части либо законодательно установить их равнозначность, к примеру, «медицинская (врачебная) тайна». Поскольку исторически романо-германская правовая система идет по пути наибольшего закрепления всех возможных ситуаций и максимального определения существующих понятий, то, возможно, было бы не лишним закрепить оба понятия, особенно, в случае признания законодателем неравнозначности медицинской и врачебной тайн.

Вопрос о принятии отдельного закона аналогично Закону РФ от 21.07.1993 №5485-1 «О государственной тайне» [5] или Федеральному закону от 29.07.2004 №98-ФЗ «О коммерческой тайне» [6] до сегодняшнего дня неоднократно поднимался, но в условиях российской действительности принятие закона о медицинской тайне нельзя признать актуальным.

Медицинским персоналом сведения, составляющие медицинскую тайну, пока фактически не охраняются и у большей части сотрудников медицинских организаций отсутствует понимание о том, что нельзя обсуждать пациентов, их поведение, диагнозы и т.д. и т.п. не только в кругу коллег, но и в кругу домочадцев и друзей. Отсутствие определенной культуры и со стороны медицинских работников, и со стороны пациентов, а также редкие иски о компенсации морального вреда за разглашение конфиденциальной или тайной информации (не относящейся к государственной или коммерческой тайнам) делают принятие закона о медицинской тайне, на взгляд автора, несвоевременным.

Как известно, правовые нормы черпают себя из социальных и желательно, чтобы в обществе складывалась такая ситуация, при которой большая часть граждан в определенной сфере определенным образом уже регулировала свои отношения, остро нуждаясь в правовом регулировании. Бывает наоборот, государ-

ство принимает акты законодательства для того, чтобы упорядочить отношения, которые в обществе еще не сложились, надеясь с их помощью скоординировать нужное, с его точки зрения, направление развития этих отношений. Однако преждевременное принятие нормативных правовых актов, к которым общество не готово, и в науке, и на практике признается опасной ситуацией, создающей ненужное напряжение в обществе, иначе говоря, ситуацию неостребованного, неработающего и невыполняемого, ни органами исполнительной власти, ни гражданами закона и (или) подзаконного акта.

На сегодняшний день действующее законодательство РФ, регулирующее тайны в других (не медицинской) сферах, так или иначе, затрагивает и медицинскую тайну. Медицинская, врачебная тайны как личная, семейная, тайна усыновления (удочерения) и др. охватываются в законах понятием «иная тайна». Так, Трудовой кодекс Российской Федерации закрепляет, что расторжение трудового договора по инициативе работодателя за разглашение работником охраняемой законом тайны (государственной, коммерческой, служебной и иной), ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, в том числе разглашения персональных данных другого работника (п. «в» ч. 6 ст. 81) [7].

По смыслу вышеприведенной нормы, иная тайна, в том числе медицинская или врачебная включают в себя персональные данные. Данное положение также закреплено в других законах, относящих персональные данные (конфиденциальность персональных данных), например, используемых в медицинских информационных системах, к врачебной тайне (п. 4 ч. 1 ст. 79) [1].

Именно потому, что в действующем законодательстве все легальные формулировки тайн включают такую составляющую как персональные данные, считать персональные данные одной из трактовок медицинской тайны или врачебной тайны представляется неверным [8]. Как мы видим, помимо врачебной тайны, персональные данные – составной элемент и государственной, и коммерческой, и служебной тайн, поскольку данные о личности неразрывно связаны с человеком, осуществляющим права и обязанности в силу трудовых, финансовых, служебных, иных социальных правоотношений.

К тому же российское нормотворчество идет по пути самостоятельного регулирования субинститута, а в скором времени, возможно, и института персональных данных, принимая не только отдельные правовые нормы, направленные на их охрану и защиту, но и самостоятельный федеральный закон «О персональных данных» [9].

Из всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

- Законодательно закрепленное понятие «врачебная тайна» нельзя признать точным и выверенным, поскольку более закономерным и согласованным с имеющимися в ст. 2 Закона №323-ФЗ определениями является понятие «медицинская тайна».
- Понятия «медицинская тайна» и «врачебная тайна» желательно законодательно определить либо как равнозначные, либо их развести и обозначить врачебную тайну составным элементом медицинской.
- Принятие закона о медицинской тайне автор считает преждевременным и на данном этапе развития общественных отношений неактуальным.
- С понятием «медицинская тайна» соотносимы такие понятия как «иная тайна», «тайная информация», «конфиденциальность», «конфиденциальность информации», «конфиденциальная информация», «сведения конфиденциального характера» и т.п.
- Одной из трактовок медицинской тайны или врачебной тайны нельзя признать персональные данные, которые могут быть как составным элементом медицинской или врачебной тайны, так и самостоятельным субинститутом, который регулируется специальным федеральным законом.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 21.03.2017)
2. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. С. 299
3. Фарбер Е.В. Врачебная тайна или медицинская тайна? // Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2016. Том 2 №2 (4)

4. Сучкова Т. Е. К вопросу о необходимости законодательного закрепления понятия «врач» // Медицинское право. №3 (55). 2014. С. 12-17
5. Закон РФ от 21.07.1993 №5485-1 «О государственной тайне» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2481/ (дата обращения: 23.03.2017)
6. Федеральный закон от 29.07.2004 №98-ФЗ «О коммерческой тайне» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_48699/ (дата обращения: 23.03.2017)
7. 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) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 22.03.2017)
8. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник. М.: КНОРУС, 2016. С. 118
9. Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ (ред. от 22.02.2017) «О персональных данных» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (дата обращения: 25.03.2017)

Об авторе:

Фарбер Елена Владиславовна – юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовского университета), г. Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Farber Elena Vladislavovna – Lawyer, Senior Lecturer of the medical law faculty of preventive medicine department at Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

© Фарбер Е.В., 2017

Эртель Л.А.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В статье рассматриваются вопросы развития в России института информированного добровольного согласия. Анализируется законодательное закрепление в информированном добровольном согласии информации о применении лекарственных препаратов в процессе обследования, лечения. Предлагаются инструменты для повышения уровня информированности пациентов о применяемых лекарственных препаратах.

Ключевые слова: информированное добровольное согласие, лекарственные средства, лекарственные препараты, медицинское вмешательство.

Ertel L.A.

INFORMED CONSENT FOR USE OF DRUGS: PROBLEMS AND PROSPECTS

In the article the questions of development in Russia of the Institute of informed voluntary consent. Analyzed legislative consolidation in the informed voluntary consent of information about the use of drugs in the process of examination, treatment. Provides tools to increase the level of awareness of patients about the dosage of medication.

Keywords: informed consent, medicines, drugs, medical intervention.

Институт информированного добровольного согласия (ИДС) в России постоянно развивается. За последние 10 лет законодательная инициатива в этой области нашла закрепление в нормативных актах. Однако сохраняются проблемы с реализацией данного института, требуется разработка и внедрение инструментов, позволяющих достичь наиболее полного информирования пациента и совершенствовать механизм правовой защиты врача.

Информированное добровольное согласие гражданина является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства и относится к одной из основных форм медицинской документации, в которой регламентируются действия, связанные с оказанием медицинской помощи [1].

ИДС является одним из основных документов при экспертной оценке качества медицинской помощи. Указанный вид медицинской документации служит источником доказательств по делам о привлечении медицинского работника (или медицинской организации) к тому или иному виду юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи. В соответствии с законом ИДС:

- оформляется в письменной форме;
- подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем и медицинским работником;
- содержится в медицинской документации пациента.

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Протокол оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство содержит два блока информации: обязательную и дополнительную. Обязательное информирование включает в себя:

- информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним рисками, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- информацию о назначаемых лекарственных препаратах и порядке их приема;
- информацию о назначаемых медицинских изделиях, об особенностях их применения.

Дополнительная информация служит для конкретизации, разъяснения основной и содержит следующие сведения:

- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием здоровья после медицинского вмешательства в соответствии с назначением лечащего врача;

- о необходимости приема назначенных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;
- о режиме лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» [2] утверждён перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. Информирование о введении лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно перечислено среди 14 видов медицинских вмешательств, которое является обязательным в этом случае.

Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1177н «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» [3] утверждены:

- порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств (приложение №1);
- форма информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (приложение №2);
- форма отказа от вида медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вме-

шательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (приложение 3).

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель:

- в отношении несовершеннолетних, не достигших 15-летнего возраста (больных наркоманией – 16 лет);
- в отношении несовершеннолетнего реципиента (до достижения 18-летнего возраста) при необходимости трансплантации (пересадки) органов и тканей, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- в отношении несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя производится:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю;
- отсутствуют законные представители лиц, не достигших 15 лет (больных наркоманией – 16 лет) или недееспособных лиц;
- 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.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 июля 2015 г. №474н «О порядке дачи информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, формах информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» [4] утверждены:

- порядок дачи информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации согласно приложения №1;
- форма информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации согласно приложения №2;
- форма отказа от медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации согласно приложению №3.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» утверждены: Форма информированного добровольного согласия на применение вспомогательных репродуктивных технологий; Форма информированного добровольного согласия на проведение операции редукции эмбриона (ов) [5]. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства). При применении ВРТ для дости-

жения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие как показание к применению или указывает беременность как противопоказание к применению, в связи с чем, врач информирует о преимуществах и возможных рисках применения этих препаратов и получает согласие на использование этих препаратов. При проведении операции редукции эмбриона (ов) пациент информируется о возможном развитии в результате оперативного внутриматочного вмешательства таких осложнений, как аллергические реакции на вводимые препараты, и дает согласие на вмешательство.

В целях профилактики и снижения инфекционных заболеваний, управляемых средствами специфической профилактики у детей, в Российской Федерации проводится вакцинопрофилактика, и ведомственным приказом утвержден рекомендуемый образец добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них согласно приложению [6]. Несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет информируют о том, что профилактическая прививка-это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням; о возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, и получают добровольное согласие на проведение прививки или получают добровольный отказ от проведения прививки.

Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 №88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство» (Приложение 2) утверждена форма Информированного добровольного согласия на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства. Пациент, подписывая его, добровольно дает свое согласие на проведение анестезиологического вмешательства [7]. Сообщает об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о принимаемых лекарственных средствах и получает информа-

цию и возможных рисках при проведении данного вида вмешательства и возможности коррекции вида и тактики анестезиологического пособия.

Приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 №942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» утверждена Карта вызова скорой медицинской помощи, в текст которой внесена специальная форма добровольного информированного согласия, отказа от медицинского вмешательства [8]. Данный вид добровольного информированного согласия существенно сокращен по сравнению с аналогичным при получении первичной медико-санитарной помощи и не содержит конкретной информации о полученной лекарственной терапии.

Ответственность за оказание медицинской услуги без оформления информированного добровольного согласия наступает по ст. 14.1. КоАП РФ Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии). В соответствии с ч. 3 Осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), –

влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей; на должностных лиц – от трех тысяч до четырех тысяч рублей; на юридических лиц – от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей. В соответствии с ч. 4 Осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), –

влечет наложение административного штрафа на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на должностных лиц – от четырех тысяч до пяти тысяч рублей; на юридических лиц – от сорока тысяч до пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток [9].

В последние годы в связи с развитием законодательства, имеется тенденция к возрастанию административной ответственности

сти физических и юридических лиц за нарушение правил информированного добровольного согласия. Об этом свидетельствует судебная практика.

Так, в Решении Верховного суда Республики Коми от 14.07.2014 №33-3400/2014 указано на недостаточность информации в форме ИДС. Из экспертного заключения следует: Поскольку получение информированного согласия рассматривается как право пациента и, следовательно, с ним корреспондирует обязанность врача, именно письменное оформление согласия будет являться доказательством исполнения врачом данной обязанности. Представляется, что не может быть единого документа на все случаи медицинских вмешательств.

Поэтому, по мнению судебно-медицинской экспертной комиссии, разработка и утверждение формы информированного добровольного согласия являются прерогативой медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность, в зависимости от специфики оказываемой медицинской помощи с учетом конкретных рисков данного медицинского вмешательства.

На недостаточность информации в форме ИДС указано в Апелляционном определении СК по гражданским делам Омского областного суда от 21 мая 2014 г. по делу №33-3151/2014. Проанализировав информационное содержание подписанного истцом согласия на медицинское вмешательство, коллегия судей отмечает, что приведенная в данном документе информация имеет общий характер, безотносительно конкретных неблагоприятных последствий, которые могут возникнуть вследствие проведения конкретной медицинской процедуры. Соответственно, конкретизация информации относительно медицинской процедуры, возможных последствий является обязанностью медицинского персонала (лечащего врача).

В связи с отсутствием у пациента профессиональных познаний в области медицины, отсутствием необходимой и доступной информации о послеоперационном состоянии полностью исключило возможность принятия истцом правильного и своевременного решения об обращении за медицинской помощью.

Наиболее острая проблема в реализации ИДС связана с назначением и применением лекарственных средств в процессе об-

следования и лечения. Необходимость подробного информирования пациента о лекарственных препаратах обусловлена:

- отсутствием компетентности у пациента в этой области;
- различной областью применения лекарственных средств;
- отсутствием легального понятия лекарственных препаратов для медицинского применения в отечественном законодательстве.

Под лекарственными средствами понимают вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты [10]. К лекарственным препаратам относятся лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности.

Биологические лекарственные препараты – лекарственные препараты, действующее вещество которых произведено или выделено из биологического источника и для определения свойств и качества которых необходима комбинация биологических и физико-химических методов. К биологическим лекарственным препаратам относятся иммунобиологические лекарственные препараты, лекарственные препараты, полученные из крови, плазмы крови человека и животных (за исключением цельной крови), биотехнологические лекарственные препараты, генотерапевтические лекарственные препараты.

Иммунобиологические лекарственные препараты – лекарственные препараты, предназначенные для формирования активного или пассивного иммунитета либо диагностики наличия иммунитета или диагностики специфического приобретенного

изменения иммунологического ответа на аллергизирующие вещества. К иммунобиологическим лекарственным препаратам относятся вакцины, анатоксины, токсины, сыворотки, иммуноглобулины и аллергены.

Радиофармацевтические лекарственные средства – лекарственные средства, которые содержат в готовой для использования форме один радионуклид или несколько радионуклидов (радиоактивных изотопов). Ст. 17 Федерального закона от 9 января 1996 г. №3-ФЗ закрепляет механизм обеспечения радиационной безопасности граждан при проведении медицинских рентгенорадиологических процедур [11].

Гомеопатический лекарственный препарат – лекарственный препарат, произведенный или изготовленный из фармацевтической субстанции или фармацевтических субстанций в соответствии с требованиями общих фармакопейных статей к гомеопатическим лекарственным препаратам или в соответствии с требованиями фармакопеи страны производителя такого лекарственного препарата.

При применении лекарственных препаратов возможны различные реакции организма пациента. Среди них:

- побочное действие – реакция организма, возникшая в связи с применением лекарственного препарата в дозах, рекомендуемых в инструкции по его применению, для профилактики, диагностики, лечения заболевания или для реабилитации;
- нежелательная реакция – непреднамеренная неблагоприятная реакция организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата;
- серьезная нежелательная реакция – нежелательная реакция организма, связанная с применением лекарственного препарата, приведшая к смерти, врожденным аномалиям или порокам развития либо представляющая собой угрозу жизни, требующая госпитализации или приведшая к стойкой утрате трудоспособности и (или) инвалидности;
- непредвиденная нежелательная реакция – нежелательная реакция организма, которая связана с применением лекарственного препарата в дозах, рекомендуемых в протоколе его клинического исследования, брошюре исследователя, или с

применением лекарственного препарата в дозах, рекомендуемых в инструкции по его применению для профилактики, диагностики, лечения заболевания или медицинской реабилитации пациента, и сущность, тяжесть или исход которой не соответствует информации о лекарственном препарате, содержащейся в протоколе его клинического исследования, брошюре исследователя или в инструкции по применению лекарственного препарата.

Врачи принимают решение о назначении того или иного лекарственного препарата на основании полученных в процессе профессиональной подготовки и переподготовки знаний, нормативных актов различного уровня, информации из различных источников профессиональной печатной продукции. Современные пациенты, активно используя сведения, полученные из Интернет ресурсов, владеют информацией о применяемых лекарственных препаратах, однако не имеют компетенции врача в этой области.

Несмотря на расширение практики нормативного регулирования информирования пациента о лекарственных препаратах при получении медицинской помощи в последние годы, имеются пробелы в процедурах предоставления информации. В бланке ИДС на медицинское вмешательство информация о лекарственных препаратах предоставляется в контексте оказания медицинской помощи, проведения вариантов медицинского вмешательства. В связи с этим возникают проблемы следующего характера. Пациент получает не в полном объеме информацию о назначаемых препаратах, их побочных действиях. В частности, необходимость дополнительного информирования требуют препараты, имеющие много побочных действий, препараты, не разрешенные для применения, например, в педиатрической практике. В связи с этим требуется посредством локального акта руководителя медицинской организации:

- утвердить процедуру назначения такого рода лекарственных препаратов через врачебную комиссию;
- разработать и утвердить бланк дополнительного информированного добровольного согласия на применение лекарственного препарата.

В бланке должна содержаться информация:

- о возможных побочных эффектах принимаемого препарата;
- о факторах риска и противопоказаниях к применению данного препарата;
- о принимаемых лекарственных препаратах пациентом ранее и в настоящее время; любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на пациента во время его жизнедеятельности.

Данные механизмы позволяют расширить объем информированности пациента о целях, методах оказания медицинской помощи, связанного с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. С другой стороны, позволит физическим и юридическим лицам избежать административной ответственности за нарушение правил информированного добровольного согласия.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, №48, ст. 6724.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи». Российская газета, №109, 16.05.2012.
3. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1177н «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.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 июля 2015 г. №474н «О порядке дачи информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилак-

тики, диагностики, лечения и реабилитации, формах информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и отказа от медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации». Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, №43, 26.10.2015.

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Российская газета, спецвыпуск, №78/1, 11.04.2013.
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 №19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них» // Российская газета, №84, 13.05.2009.
7. Приказ ФМБА РФ от 30.03.2007 №88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство». Документ опубликован не был // СПС «КонсультантПлюс».
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 №942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи». Документ опубликован не был // СПС «КонсультантПлюс».
9. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 07.02.2017) // Собрание законодательства РФ, 07.01.2002, №1 (ч. 1), ст. 1.
10. Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // «Собрание законодательства РФ», 19.04.2010, №16, ст. 1815.
11. Федеральный закон от 09.01.1996 №3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» // «Собрание законодательства РФ», 15.01.1996, №3, ст. 141.

Об авторе:

Эртель Людмила Александровна – ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет», профессор кафедры криминалистики и правовой информатики, доктор медицинских наук, профессор, Краснодар, e-mail: Ela1958@yandex.ru

Ertel Lyudmila – FGBOU «Kuban state University», Professor of the chair of criminalistics and legal Informatics, doctor of medical Sciences, Professor, Krasnodar

КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бобровская О.Н.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КРИТЕРИЯМ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ЕЕ ОКАЗАНИЯ, ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫБОРА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ И СТЕПЕНИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА (ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ)

Статья посвящена анализу достаточности и соответствию возможности достижения задач оценки качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, по критериям, выделенным в законодательстве.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, критерии оценки качества медицинской помощи, достижимость заявленного результата.

Bobrovskaya O.N.

ESTIMATION OF QUALITY OF MEDICAL ASSISTANCE IN THE SYSTEM OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE ON CRITERIA OF TIMELINESS OF IT'S RENDERING, CORRECTNESS OF SELECTION OF METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT AND DEGREE OF ACHIEVEMENT OF THE PLANNED RESULT (REVIEW OF THE PROBLEM)

The article is devoted to the analysis of sufficiency and adequacy of the possibility to achieve the tasks of assessing the quality of medical care in the system of compulsory medical insurance in Russia, according to the criteria set out in the legislation.

Keywords: expertise of the quality of medical care, criteria for assessing the quality of medical care, the attainability of the claimed result.

Спорные вопросы по качеству оказанной помощи, рассматриваемые в судах, требуют наличия специальных знаний в области медицины, или, по крайней мере, возможности сопоставления в оценке различных данных и факторов, полученных в ходе

диагностики и лечения пациентов и приведших к негативному результату, по мнению пациента, его родственника или адвоката. Представляется, что перечисленные участники гражданского процесса могут выражать свою позицию, отстаивая интересы, но не оценивать фактические данные и материалы, представляемые медицинской организацией по запросу суда. В этой связи, согласно ч. 6 ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее ФЗ №326) [1], – с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе для оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, проводится экспертиза качества медицинской помощи.

Кроме того, в случаях, когда претензия или иск в интересах застрахованного лица предъявляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования, с требованием возмещения имущественного или (и) морального вреда в сфере обязательного медицинского страхования [2], экспертом представляются уже выявленные данные нарушения интересов пациентов со стороны медицинской организации. Выступая в защиту интересов застрахованного лица (пациента) эксперт действует согласно своему правовому статусу, на основе Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» [3].

При этом нередко, суд предлагает экспертам оценить представленные материалы с точки зрения их достаточности и объективности, в том числе с целью доказывания причинно-следственных связей между действиями медицинской организации и наступившими неблагоприятными последствиями. Тогда, когда обобщая практику по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам Верховный Суд РФ обращал внимание на недопустимость постановки вопросов правового характера перед экспертами [4].

В специальной литературе уже прозвучало мнение, согласно которому предмет судебно-медицинской экспертизы имеет науч-

ную, а не правовую природу. Поэтому на эксперта не может быть возложена обязанность по сопоставлению в суде фактов соответствия оказанной медицинской помощи требованиям качества [5].

Вместе с тем, оценка качества медицинской помощи должна опираться на достаточные и объективные критерии, обязательные для распространения и освоения в практической медицине и доступные для ознакомления пациентам и их представителям.

Долгое время такие критерии были лишь обозначены в ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 03.04.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6], содержание которой повторяет п. 6 ст. 40 ФЗ-326. В ней было определено, что критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Некоторые ученые находят противоречия между выделенными критериями в актах федерального и ведомственного значения. Так, анализируя ФЗ №326 и Приказ ФФОМС от 01.12.2010 №230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», М.А Шишов обращает внимание на отсутствие формальных критериев достижимости заявленных задач: проверка соответствия предоставленной медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике не даст полноценной картины, поскольку «ни договор, ни порядки оказания медицинской помощи, ни стандарты медицинской помощи не устанавливают требований ни к порядку планирования результата медицинской помощи, ни к правилам выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» [8].

Кроме того, в действующем законодательстве не закреплена даже понятийный аппарат тех важных элементов, достижимость которых оценивается по определенным критериям. Своевременность, правильность, степень достижения запланированного ре-

зультата имеют только многочисленные доктринальные определения, среди которых есть и такие, которые противоречат смыслу проводимых исследований.

Такие критерии были определены в Приказе Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее Приказ №422ан) [9]. Об их позитивном влиянии на регуляцию вопросов экспертизы качества медицинской помощи заявляли многие специалисты. Так, А.А. Старченко полагает, что они (критерии) способны защитить интересы всех участвующих сторон, не допуская возможности искажения смыслов и оценок [10].

Например, введение критериев оценки качества лечения, по критерию степени достижения запланированного результата позволяет эксперту выявлять признаки отсутствия надлежащего качества оказанной медицинской помощи, в случаях возникновения любого прогнозируемого осложнения, связанного с проводимой терапией.

Относительно порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, в медицинском сообществе заявляются следующие позиции, требующие законодательной основы: осуществление экспертной деятельности в системе обязательного медицинского страхования должно опираться на клинические рекомендации, утвержденные решениями совместных комиссий медицинских организаций.

С учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, должны формироваться программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В настоящее время порядки и стандарты утверждены по разным группам заболеваний.

С 1 июля 2017 года Приказ №422ан утрачивает силу, в связи с принятием нового Приказа Минздрава России от 15.07.2016 №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской

помощи» [11]. Представляется, что данный документ дает более подробную информативную составляющую по разным группам заболеваний о надлежащем и своевременном обследовании и лечении пациентов в амбулаторных и стационарных условиях.

Таким образом, утверждение критериев оценки качества медицинской помощи – важный шаг по пути к достижению задачи обеспечения высокого качества оказываемой медицинской помощи, удовлетворенности ею пациентов, сбалансированности интересов лечащих врачей, экспертов и медицинских профессиональных сообществ, требующий, вместе с тем, формирования базы понятийного аппарата, исключения противоречий и дублирующих функций контролирующих органов.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017) // «Собрание законодательства РФ», 06.12.2010, №49, ст. 6422
2. Там же, п.6, 7 ст. 34.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» // «Российская газета», №186, 20.08.2010.
4. Обзор судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 14.12.2011). Источник: <http://sudact.ru/law/obzor-sudebno-i-praktiki-po-prime-neniiu-zakonodatelstva-reguliruiushchego/>
5. Канунникова Л.В. Компенсация морального вреда по искам о качестве медицинских услуг // СПС «КонсультантПлюс»
6. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 03.04.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, №48, ст. 6724.
7. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 №230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // «Российская газета», №20, 02.02.2011.
8. Шишов М.А. Актуальные проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи // СПС «КонсультантПлюс».

9. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти», №43, 26.10.2015.
10. Старченко А.А. Новые критерии оценки качества медицинской помощи: шаг по пути достижения баланса прав и законных интересов пациентов, медицинских работников и экспертов // СПС «КонсультантПлюс».
11. Приказ Минздрава России от 15.07.2016 №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти», №36, 05.09.2016.

Об авторе:

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

Bobrovskaya Olga Nikolayevna – associate professor, PhD, Chair of Medical Law, Faculty of Preventive Medicine, Sechenov University, Moscow

© Бобровская О.Н., 2017

Зиганурова З.З., Бобровская О.Н.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЕЛЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Статья посвящена анализу текущей ситуации в Российской Федерации по вопросу обеспечения лекарственными препаратами онкологических больных. Выполнен анализ существующих государственных программ по решению проблемы медиализации онкологических больных, выявлены основные проблемы по реализации данных программ.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение населения Российской Федерации.

Ziganurova Z.Z., Bobrovskaya O.N.

LEGISLATIVE GAPS IN THE REGULATION OF DRUG PROVISION FOR CANCER PATIENTS

The article is devoted to analysis of the current situation in the Russian Federation on the provision of medicines for cancer patients. Performed analysis of existing government programmes to tackle the problem of publicity as cancer patients and the General population, and the main problems for the implementation of these programs.

Keywords: medicinal maintenance of the population of the Russian Federation.

Онкологические заболевания в мире занимают второе место по смертности после патологий сердечно-сосудистой системы. Несмотря на достижения в области диагностики и лечения онкологических заболеваний, как во всем мире, так и в России отмечается тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями из года в год.

Заболеваемость онкологическими заболеваниями в России [1, с. 30]:

- 2,5 млн. человек страдают различными онкологическими заболеваниями;
- 450-480 тыс. новых случаев выявляется ежегодно, что составляет практически 1 диагноз в минуту;
- около 300 тыс. человек ежегодно умирают от онкологических заболеваний, а это почти 14% от всех смертей, 11% умирают в трудоспособном возрасте, 14% – потери в репродуктивном возрасте у женщин. Ежегодный прирост показателя смертности в последние 10 лет колеблется в пределах 1,5%;

- 150 тыс. человек ежегодно становятся инвалидами по онкозаболеваниям.

По прогнозам ВОЗ, заболеваемость и смертность будут повышаться, и в 2030 г. патология унесет более 13 млн жизней (см. рис.) [1, с. 30].

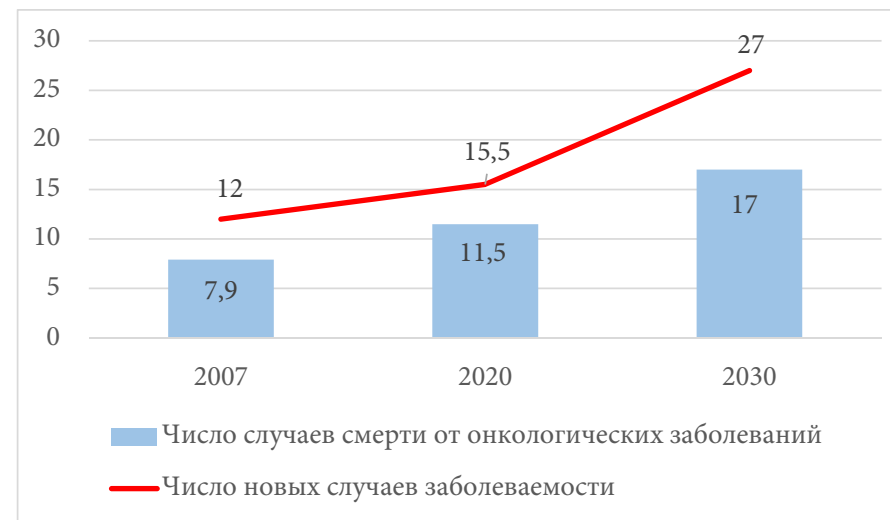


Рис. 1. Прогноз динамики заболеваемости онкологическими заболеваниями в мире (2007-2030 гг.)

В лечении больных с злокачественными новообразованиями особое внимание должно отводиться на лекарственное обеспечение пациентов. Так согласно п. 1 ст. 4.1 Федерального закона от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (далее – «Закон 178-ФЗ»), к полномочиям Российской Федерации в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг гражданам, включенным в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшимся от получения социальной услуги, предусмотренной п. 1 ч. 1 ст. 6.2 «Закона 178-ФЗ», по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, относятся:

1. осуществление закупок (в том числе организация определения поставщиков) лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий;
2. организация обеспечения населения лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, закупленными по государственным контрактам.

Также, министерством здравоохранения Российской Федерации принят приказ №66 от 13 февраля 2013 г об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации (далее – Стратегия). Одним из критериев оценки реализации которой является показатель смертности от онкологических заболеваний. По утвержденному плану Стратегии, показатель смертности от онкологических заболеваний должна снизиться до 190,0 на 100 тыс. населения к 2020 году. Достижение данного результата предполагается путем внедрения эффективного государственного контроля на использование, качество, ценообразование лекарственных препаратов; повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

На сегодняшний день проводятся общественные обсуждения по проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №915н» [7, с. 1]. Данный проект предполагает изменить порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»: приказ дополняется предельными сроками начала специализированного лечения больных с онкологическими заболеваниями – в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным – с онкологическими заболеваниями, а именно, срок начала оказания медицинской помощи онкологическим больным ограничится 14 календарными днями с момента обнаружения заболевания.

Несмотря на объемную нормативно-правовую базу и крупные денежные средства, выделяемые из бюджета [2, с. 18], обеспеченность онкологических больных лекарственными средствами оставляет желать лучшего.

Согласно п. 8 ст. 4.1 Закона №178-ФЗ, Росздравнадзор осуществляет контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий.

В рамках контроля за реализацией органами государственной власти субъектов Российской Федерации данных полномочий Росздравнадзором осуществляется проведение проверок органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также мониторинг показателей льготного лекарственного обеспечения.

По итогам проведения комплексных проверок в субъектах Российской Федерации выявляются серьезные нарушения, носящие типичный и системный характер. Особенно отмечается следующие нарушения [2, с. 19]:

- отсутствие ведомственного контроля со стороны органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации за организацией льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан;
- отсутствие контроля за исполнением условий заключенных государственных контрактов, следствием чего является систематическое несоблюдение сроков поставок лекарственных препаратов со стороны поставщиков;
- отсутствие единого информационного сопровождения системы льготного лекарственного обеспечения;
- не достигнуты показатели обеспечения необходимыми лекарственными препаратами отдельных категорий граждан, запланированные в региональных программах развития здравоохранения.

Внеплановая проверка Министерства Здравоохранения выявила даже такое вопиющее правонарушение: пациентам производилась одномоментная выписка и отпуск лекарственных препаратов с истекающим сроком годности в объеме полугодовой или годовой потребности. Также при этом выявлен факт отсутствия приема и назначения в амбулаторной карте лекарственных препаратов при наличии оформленных рецептов. С учетом факта ограниченного срока годности данных препаратов их прием создает угрозу жизни и здоровью граждан [2, с. 19].

На доступность лекарственных препаратов больным влияют и другие факторы, такие как отсутствие препаратов в аптеке, выписанных врачом; постоянные очереди в поликлинике за льготными рецептами и малое количество аптек, осуществляющих отпуск препаратов по льготным рецептам.

Среди больных, по причине отсутствия возможности получения необходимых лекарственных препаратов, наблюдаются и случаи суицидального характера. Онкологические больные наиболее подвержены риску самоубийства в случае недополучения лекарственной помощи.

Например, феврале 2014 г. гр. А. совершил попытку самоубийства выстрелив себе в голову из пистолета. Попытка самоубийства была вызвана вследствие того, что длительное время гр. А. испытывал физическую боль [4, с. 36]. Как свидетельствовала дочь гр. А. сотрудникам правоохранительных органов, накануне, его жена в очередной раз не смогла приобрести в аптеке по рецепту врача НЛС (морфин) из-за того, что рецепт не был оформлен должным образом (отсутствовала подпись главного врача поликлиники).

И таких примеров множество.

Тенденция к нарушениям программы Российской Федерации по предоставлению льготных лекарственных препаратов как среди органов управления, так и среди врачей поддерживается и общей правовой неграмотностью населения.

Пациенты не всегда хорошо проинформированы о своих правах, и очень часто они просто не знают, куда следует обращаться в случае несоблюдения местными органами здравоохранения своих обязанностей.

Неосведомленность пациентов не редко приводит и к следующей ситуации. Например, гражданин, являющийся федеральным льготником, отказывается от натурального социального пакета, выбирая денежный эквивалент. В итоге он лишается права на лекарственное по данной льготе и санаторно-курортное лечение в случае прогрессирования заболевания. Немногие об этом знают, выбирая деньги вместо льготы. Между тем денежная компенсация составляет около 900 рублей (Статья 6.5 Федерального закона «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999

№178-ФЗ), что существенно меньше того, что бы потратило государство в год на лечение данного пациента в случае его болезни.

В то же время (по данным социологического опроса фонда «Общественное мнение») [1, с. 32] правительственные программы по обеспечению лекарственными средствами населения (такие как ОНЛС, ДЛО, «7 нозологий») в рамках Федерального закона от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи», обеспечивают не всех пациентов с онкологическими заболеваниями. Программы рассчитаны только на пациентов льготной категории (инвалиды войны; участники Великой Отечественной войны; ветераны боевых действий; лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на стратегически важных объектах; члены семей погибших (умерших) инвалидов войны; инвалиды и дети-инвалиды). Онкобольные включаются в программу обеспечения лекарственными препаратами и получают доступ к инновационным препаратам лишь после получения инвалидности, когда многих уже нельзя спасти, а стоимость поддерживающей терапии высока [5, с. 1]. За пределами системы остаются трудоспособные граждане, шансы выздороветь у которых при своевременном лечении потенциально велики.

Онкология – это область медицины с максимальной скоростью создания и количеством новых лекарственных средств.

Только в 2009 году в России количество регистрационных удостоверений на онкологические препараты увеличилось по сравнению с 2008 годом на 4,5%, в том числе на отечественные лекарственные средства – на 5%, а на зарубежные – на 8,6%, а количество МНН увеличилось на 9,4%, с 85 до 93 МНН (Международное непатентованное наименование) [1, с. 31].

Рынок онкологических препаратов в Российской Федерации представлен 335 регистрационными удостоверениями (РУ) лекарственных средств (ЛС) (в соответствии с базой государственного реестра), из них 107 (1,05%) – на отечественные препараты и 227, то есть в 2 раза больше, – на импортные. 335 РУ соответствуют 93 МНН [1, с. 31].

Однако, по распоряжению Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 г. №2885-р в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицин-

ского применения на 2017 год, что является перечнем льготных препаратов, включены только 69 наименований онкологических лекарственных препаратов.

В настоящее время в Государственном научно-исследовательском институте особо чистых препаратов Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России проводятся доклинические испытания нового препарата Российского производства для лечения онкологических заболеваний под рабочим названием «Белок теплового шока» [6, с. 1]. Ранее проводились испытания препарата на мышах у которых развивались онкологические заболевания. Курсовое ведение препарата в большинстве случаев приводило к полному излечению даже на поздних стадиях онкологического заболевания. Данный препарат планируется выпустить спустя 3-4 года от начала клинических испытаний. Но время начало клинических испытаний не известно и зависит от необходимого финансирования проекта.

В Российской Федерации на законодательном уровне предпринято немало мер по лекарственному обеспечению населения в том числе больных онкологическими заболеваниями. Однако в реализации данных мер наблюдаются существенные нарушения со стороны исполнителей и недочеты самих программ. О чем говорят, как и результаты проведенных комплексных проверок в субъектах Российской Федерации, социологические опросы и примеры из судебно-фармацевтической практики, так и общее положение на рынке онкологических препаратов.

Настоящее положение дел с обеспечением лекарственными препаратами онкологических больных на законодательном уровне требует рассмотрения таких вопросов как:

- пересмотр вопроса определения граждан Российской Федерации к льготной категории в случаях с онкологическими больными;
- расширение перечня наименований льготных онкологических лекарственных препаратов;
- расширение списка аптечных фирм, через которые осуществляется отпуск льготных лекарственных препаратов;
- ужесточение контроля за исполнением государственных программ по обеспечению лекарственными препаратами, в том

числе и за врачами, выписывающими рецепты на получение лекарственных препаратов.

Так же остается открытым вопрос правовой грамотности населения, которую необходимо поддерживать на достаточном уровне, для возможности контроля за исполнением государственных программ. Так же правовая грамотность больных позволит и собрать необходимое количество статистических данных, который поможет в определении качества внедряемых государственных программ и дальнейшего развития нормативно-правовой базы страны.

Список литературы:

1. Е.А. Тельнова. О проблемах лекарственного обеспечения в онкологии // Менеджер здравоохранения. 2010. №4. С. 30-35.
2. В.С. Фисенко, Ю.В. Верижникова. Полнота и качество льготного лекарственного обеспечения граждан в Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. 2015. №1. С. 17-21.
3. Дубовик А. О. Мнение населения о реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. №5. С. 137.
4. Шаповалов В. В. Шаповалова В. А. Терехова О. В. Судебная фармация в государственной концепции противодействия наркотизации населения Украины и России для повышения доступности наркотических анальгетиков // Научный результат. Серия «Медицина и фармация». 2015. №1 (3). С. 30-50.
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. №1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. Валерия Нодельман. В России создали лекарство от рака и проверили его в космосе. [Электронный ресурс] // Известия. 2017. URL: <http://izvestia.ru/news/668274> (дата обращения: 21.05.2017)
7. Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №915н» (подготовлен Минздравом России 06.04.2017) [Электронный ресурс] // ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПОРТАЛ ПРОЕКТОВ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ. URL: <http://regulation.gov.ru/projects#npa=63727> (дата обращения: 21.05.2017)

Об авторах:

Зиганурова Зилья Зайтуновна – студент третьего курса лечебного факультета федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: zilya9618@icloud.com

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) доцент, кандидат медицинских наук, Москва.

Ziganurova Zilya Zaitunovna – a third-year student of the medical faculty of the Federal state Autonomous educational institution of higher professional education First Moscow state medical University named after I. M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow.

Olga Nikolayevna Bobrovskaya – associate professor, PhD, Chair of Medical Law, Faculty of Preventive Medicine, Sechenov University, Moscow.

© Зиганурова З.З., Бобровская О.Н., 2017

Калецкий Е.Г.

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМИ АКТАМИ**

В данной статье рассматриваются основные правовые аспекты обеспечения охраны здоровья в России с учетом положений международных актов по вопросам здравоохранения. Особое внимание уделяется вопросу обеспечения охраны здоровья в системе государственного социального обеспечения.

Ключевые слова: охрана здоровья, международные правовые акты, социальное обеспечение.

Kaletskiy E.G.

**LEGAL ASPECTS OF PROVIDING HEALTH CARE
IN THE RUSSIAN FEDERATION IN ACCORDANCE
WITH INTERNATIONAL ACTS**

This article examines the main legal aspects of providing health care in Russia, taking into account the provisions of international acts on health care. Particular attention is paid to the issue of providing health care in the system of state social security.

Keywords: health protection, international legal acts, social security.

Как известно, международные правовые акты являются составной частью системы российского права. Предпримем попытку выяснить, восприняты ли положения международных правовых актов по вопросам здравоохранения российским законодательством.

Статьей 25 Всеобщей декларации прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН Резолюцией 217А (III) от 10 декабря 1948 г.) закреплено, что каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам. Также в рассматривае-

мом акте констатируется, что признание достоинства, присущего всем членам человеческой семьи, и равных и неотъемлемых прав их является основой свободы, справедливости и всеобщего мира. К международным документам, устанавливающим права граждан, также относится Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.). В частности, ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах установлено, что участвующие в указанном Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

В свою очередь, основной российский федеральный закон в области здравоохранения – Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», – давая в п. 2 ст. 2 определение понятия «охрана здоровья граждан», указывает, что данным понятием охватывается система мер не только медицинского и санитарно-противоэпидемического (профилактического), но и политического, экономического, правового, социального и научного характера, осуществляемых в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. В ст. 5 рассматриваемого закона отмечается, что мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права; кроме того, государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

Следует обратить внимание на способы обеспечения охраны здоровья в государстве. Попытки установить общий для разных государств способ такого обеспечения предпринимался в середине 20 века под эгидой Международной организации труда. Так, Рекомендация №69 МОТ «О медицинском обслуживании» (при-

нята в г. Филадельфии 12.05.1944 на 26-ой сессии Генеральной конференции МОТ) в ст. 5-7 предусматривает, что Медицинское обслуживание должно предоставляться либо соответствующей службой медицинского обслуживания, находящейся в ведении органа социального страхования, при дополнительном участии социального вспомоществования в отношении неимущих лиц, еще не охваченных системой социального страхования, либо государственной службой медицинского обслуживания. В случае, если медицинское обслуживание предоставляется службой органа социального страхования, то:

а) каждое вносящее страховые взносы лицо, находящиеся на его иждивении супруг, супруга и дети, а также все другие находящиеся на его иждивении лица, определенные национальным законодательством, а также любое другое лицо, застрахованное в силу уплаты за него взносов, должно иметь право на получение всех видов медицинского обслуживания, предоставляемых данной службой;

б) еще не застрахованные лица, если они не в состоянии получать медицинскую помощь за собственный счет, должны получать ее в порядке социального вспомоществования;

с) эта служба должна финансироваться за счет взносов застрахованных лиц и взносов их работодателей, а также за счет субсидий из государственных фондов.

В случае, если медицинское обслуживание предоставляется государственной службой медицинского обслуживания, то:

а) каждый член коллектива должен иметь право на получение всех видов медицинского обслуживания, предоставляемых этой службой;

б) служба медицинского обслуживания должна финансироваться из средств, получаемых либо путем взаимного прогрессивного налога, собираемого специально для финансирования службы медицинского обслуживания или для финансирования всех служб здравоохранения, либо из общих государственных доходов.

В дополнение к вышеизложенному Рекомендация №202 МОТ «О минимальных уровнях социальной защиты» (принята в г. Женеве 14.06.2012 на 101-й сессии Генеральной конференции МОТ)

указывает в п. 4 и 5, что минимальные уровни социальной защиты представляют собой установленную в национальных масштабах систему основных социальных гарантий, которые обеспечивают защиту, нацеленную на предотвращение или сокращение масштабов бедности, незащищенности и социальной изоляции. Такие уровни должны включать, как минимум, следующие основные социальные гарантии:

а) доступ к национально установленным видам товаров и услуг, составляющим важнейшие медицинские услуги, в том числе по охране материнства, соответствующие критериям наличия, доступности, приемлемости и качества;

б) основные гарантированные доходы на детей, не ниже национально установленного минимального уровня, позволяющие обеспечить доступ к питанию, образованию, уходу и любым другим необходимым товарам и услугам;

с) основные гарантированные доходы, не ниже национально установленного минимального уровня, для лиц экономически активного возраста, не способных получать достаточный доход, в частности, в результате болезни, безработицы, беременности и родов и утраты трудоспособности;

д) основные гарантированные доходы, не ниже национально установленного минимального уровня, для лиц пожилого возраста.

Однако в Концепции долгосрочного социально-экономического развития России на период до 2020 года (утв. Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р) отмечено, что действующая система здравоохранения не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. Отставание уровня развития российского здравоохранения от уровня развитых стран значительно сильнее, чем во многих других ключевых отраслях экономики. Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года провозглашено формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достиже-

ниям медицинской науки. Реализация этой цели предполагает решение нескольких приоритетных задач, среди которых обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме; модернизация системы обязательного медицинского страхования, в том числе осуществление перехода на одноканальную модель финансирования; повышение эффективности системы организации медицинской помощи; улучшение лекарственного обеспечения граждан; информатизация системы здравоохранения и т.д. [3, с. 5].

Таким образом, проблемой реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь является переориентация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения на работу по оказанию платных медицинских услуг. Фактически можно следующим образом сформулировать проблему: происходит подмена осуществления государством конституционных обязанностей об обеспечении бесплатности медицинской помощи посредством подмены системой оказания медицинских услуг различными субъектами с использованием гражданско-правовых, по сути, договоров. По экспертным оценкам, в российскую медицину идет втрое больше средств, чем официальные 2,8-3,1% ВВП (тогда как ВОЗ рекомендует допустимый уровень не менее 5%), еще около 3 трлн рублей платят больные из своих средств. Таким образом, финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на работодателей и самих граждан. Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей степени от этого страдают малообеспеченные слои населения, в результате чего неравенство возможностей увеличивается [2, с. 37].

В 2009 году Россия ратифицировала Европейскую социальную хартию (пересмотренную) от 3 мая 1996 года. Данный международный договор заключен странами-членами Совета Европы с целями защиты и осуществления идеалов и принципов, которые являются их общим наследием, и содействия их экономическому и социальному прогрессу, в особенности путем обеспечения и последующей реализации прав человека и основных свобод. В Хартии, вступившей в силу 1 июля 1999 г., сведены в единый

документ права, провозглашенные в Европейской социальной хартии еще в 1961 г., протоколах и дополнениях к ней, а также зафиксирован ряд новых положений. В результате значительно расширен объем гарантированных социальных прав, а саму Европейскую хартию вполне можно считать социальной конституцией для Европы. Российской Федерации потребовалось девять лет межведомственных согласований для того, чтобы пройти путь от подписания Хартии до ее ратификации российским парламентом, что само по себе говорит о сложном отношении как к самому тексту этого документа, так и к последующей правоприменительной практике выполнения Хартии [1, с. 21].

Согласно положению статьи А части III Хартии, государства-участники должны признать имеющими для себя обязательную силу по меньшей мере шесть из девяти нижеследующих статей части II настоящей Хартии: статьи 1, 5, 6, 7, 12, 13, 16, 19 и 20. Российская Федерация не ратифицировала из данного перечня ст. 12 «Право на социальное обеспечение», ст. 13 «Право на социальную и медицинскую помощь» и ст. 19 «Право трудящихся-мигрантов и их семей на защиту и помощь». Такое решение могло быть вызвано тем, что положения п. 2 ст. 12 Хартии требуют поддерживать систему социального обеспечения на удовлетворительном уровне, как минимум на таком, который требуется для ратификации Европейского кодекса социального обеспечения. В свою очередь, положения части II «Медицинская помощь» Европейского кодекса социального обеспечения (принят в г. Страсбурге 16.04.1964) определяют, что государством оказывается помощь определенным категориям работающих лиц, составляющие не менее 80 процентов всех работающих лиц, а также их жены и дети, определенным категориям экономически активного населения, которые составляют не менее 30 процентов всех жителей, а также их жены и дети, или определенным категориям жителей, которые охватывают не менее 65 процентов всех жителей. Предоставляемая помощь должна включать в себя:

- а) в случае болезненного состояния:
 - i) помощь врачей общего профиля, в том числе на дому, и помощь специалистов в соответствии с предписаниями;

- ii) больничное обслуживание, включая госпитализацию, помощь врачей общего профиля или необходимых специалистов, медицинский уход и предоставление всех необходимых вспомогательных услуг;

- iii) обеспечение всеми необходимыми незапатентованными фармацевтическими препаратами и запатентованными препаратами, которые отнесены к основным;

- iv) терапевтическую стоматологическую помощь детям;

- b) в случае беременности, родов и их последствий:

- i) помощь врачей или квалифицированных акушеров во время беременности, родов и в послеродовой период;

- ii) госпитализацию в случае необходимости;

- iii) обеспечение фармацевтическими препаратами.

Вышеуказанные виды помощи предоставляются защищенным лицам за счет государства (или с частичной (не более 25-33,3%) оплатой такой помощи защищенными лицами) в течение всего периода действия обстоятельств, дающих право на нее, за исключением того, что длительность предоставления помощи в больнице может быть ограничена 52 неделями для каждого случая или 78 неделями для любого непрерывного трехлетнего периода.

Представляется очевидным, что в настоящее время предоставление Россией своим гражданам социальных гарантий получения медицинской помощи на вышеописанном уровне будет крайне затруднительным.

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным сделать следующий вывод: основные принципы охраны здоровья граждан в России основаны на общепризнанных принципах и нормах международного права. В то же время необходимо существенное развитие социального обеспечения населения с целью достижения соответствия уровня такого обеспечения международным стандартам.

Список литературы:

1. Готов с. А., Ходусов А.А. *Европейская социальная хартия для России: возможно ли реализовать высокие стандарты? // Безопасность бизнеса. 2014. №3. С. 20-29.*

2. Комарова В.В. Социальная государственность России и право на охрану здоровья, медицинскую помощь // *Право и государство: теория и практика*, 2014. №2. С. 32-38;
3. Татарников М.А., Глухова Г.А. Проблемы комплексной оценки общественного здоровья и эффективности медицинской помощи // *Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения*. 2011. №7. С. 3-7.

Об авторе:

Калецкий Евгений Геннадьевич – Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: kalez@mail.ru

Kaletskiy Evgeny Gennadievich – Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), assistant professor of the Chair of Medical Law, PhD, Moscow

© Калецкий Е.Г., 2017

Кузьмин С.Б.

ВЫЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ДЕФЕКТОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

В статье проведён анализ судебной практики по неонатологической помощи, выявлены типичные ошибки в оказании помощи новорождённым, проведена попытка их систематизации и определены превентивные действия, роль врачебных комиссий и внутреннего контроля качества на основе действующих нормативно-правовых документов.

Ключевые слова: неонатологическая помощь, системные ошибки, врачебная комиссия, стандарты.

Kuzmin S.B.

THE IDENTIFICATION OF SYSTEMIC DEFECTS IN THE QUALITY OF CARE BASED ON THE ANALYSIS OF JUDICIAL PRACTICE IN CASES AGAINST HEALTH CARE ORGANIZATIONS THAT PROVIDE NEONATAL CARE

In the article the analysis of judicial practice in neonatal care identified typical errors in providing care to infants, an attempt was collated and determined preventive action, the role of medical committees and internal control quality on the basis of existing legal documents.

Keywords: neonatal care, system errors, medical Commission, standards.

За последние три десятилетия в Российской Федерации создана и эффективно функционирует единая трёхуровневая система оказания медицинской помощи новорождённым. В её составе специализированные акушерские стационары с отделениями реанимации новорождённых, выездные реанимационные бригады, отделения патологии новорождённых в детских больницах, отделения восстановительного лечения недоношенных детей с поражениями ЦНС, отделения хирургической помощи новорождённым и недоношенным детям. В качестве современных лечебно-профилактических учреждений, объединяющих все этапы оказания высококвалифицированной помощи матерям и новорождённым, выступают перинатальные центры. Современные международно признанные и проверенные на прак-

тике принципы и алгоритмы оказания помощи новорождённым на протяжении нескольких десятилетий подтверждают свою эффективность.

Однако отход от принятых стандартов, клинических рекомендаций, несоблюдение существующих принципов приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи, и как следствие к наступлению негативных последствий в виде ухудшения состояния здоровья либо к летальным исходам. Такие исходы, как правило, приводят к судебным искам в отношении медицинских учреждений оказывающим неонатологическую помощь, с целью возмещения материального и морального вреда. Отмечается устойчивый рост количества обращений граждан в суды с исками к медицинским организациям всех форм собственности, а также частнопрактикующим врачам в связи с некачественным оказанием медицинской помощи. Частота удовлетворения заявленных исковых требований свидетельствует о том, что пациенты эффективно используют способы правовой защиты своих прав и законных интересов. Суммы возмещения материального и морального вреда так же имеют тенденцию к значительному увеличению.

Поэтому данному явлению требуется уделить должное внимание со стороны организаторов здравоохранения, практикующего врачебного сообщества и юристов, занимающихся защитой интересов медицинских организаций.

Анализ гражданско-правовых исков в судах различных инстанций, позволил выявить наиболее типичные причины наступления негативных последствий, приводящих к судебным разбирательствам.

В качестве критериев оценки недостатков оказываемой медицинской помощи рассмотрены жалобы пациентов и выводы экспертных медицинских комиссий.

Критерии можно условно разделить на субъективные (оценка пациента-родильницы) и объективные (выводы врачебных экспертиз).

Пациенты, в силу отсутствия специфических знаний в области медицины, не в состоянии адекватно оценить качество оказываемой медицинской помощи, особенно высокотехнологической или узкоспециализированной.

Без специальных профессиональных познаний невозможно оценить полноту диагностических мероприятий, правильно интерпретировать полученные диагностические данные, сложно определить адекватность выбранной тактики лечения и оценить качество выполняемых медицинских манипуляций и вмешательств. Поэтому, как правило, пациенты оценивают так называемую «сервисную» составляющую: внимательность медицинского персонала, доброжелательное отношение, тактичность, вежливость, уровень соучастия, наличие искреннего желания помочь и облегчить страдания, стремления помочь справиться со страхами и тревогой.

Субъективные оценки пациентов-родильниц можно выделить в несколько групп:

- отсутствие должного контроля за состоянием новорождённого;
- несогласованность действий среднего медицинского персонала и врачей;
- запоздалые, несвоевременные обращения к врачам-консультантам – узким специалистам;
- задержки при переводе в узкопрофильные отделения (хирургическое, реанимационное);
- отсутствие человеческих качеств: чувство такта, сострадания, сочувствия, искреннего желания помочь.

Выводы экспертных комиссий отражают, как правило, оценку на базе объективных данных. В статье Ю.Д. Сергеева и Ю.В. Бисюка выделены три основных принципа полноты и научной обоснованности заключения врача-эксперта: принцип квалифицированности, принцип определённости и принцип доступности [1].

В результате анализа выводов экспертных комиссий можно выделить типичные дефекты лечения, которые можно разделить на основные группы:

- организационные;
- диагностические;
- лечебные;
- дефекты оформления документации.

Экспертами, практически во всех рассмотренных историях болезни, отмечаются нарушения определённых правил, пере-

численных, закреплённых в нормативно-правовых актах, клинических рекомендациях – как следствие можно делать вывод о ненадлежащем оказании медицинской помощи, с вытекающими правовыми последствиями.

Из выводов экспертных комиссий можно выделить типичные дефекты лечения:

- недооценка риска возможных осложнений во время родов;
- недооценка тяжести исходного состояния новорождённого, как правило приводящее к запоздалым активным действиям;
- отсутствие постоянного динамического наблюдения за новорождённым;
- неадекватная оценка состояния новорождённого в динамике;
- поздний вызов специализированной службы – анестезиолога-реаниматолога из отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых (далее ОРИТН)
- поздний перевод в ОРИТН;
- проведение реанимационных и интенсивных мероприятий не в полном объёме, либо в несоответствии с современными требованиями;
- несоблюдение стандартов и рекомендаций МЗ РФ.

Систематизируя причины, приведшие к негативным последствиям, можно выделить несколько основных групп:

Низкий профессиональный уровень персонала

1. Недостаточный контроль за выполнением должностных инструкций
2. Отсутствие локальных актов (документов) адаптированных к требованиям порядков и стандартов
3. Отсутствие внутриорганизационного контроля качества медицинской помощи
4. Отсутствие чёткого понимания необходимости неукоснительного, обязательного выполнения порядков и стандартов

Учитывая однотипность дефектов, можно выделить несколько пунктов, позволяющих объективно повлиять на улучшение качества медицинской помощи новорождённым.

Прежде всего, усиление контроля со стороны администрации медицинского учреждения, путём налаживания организации внутреннего контроля качества.

Отслеживать в динамическом режиме уровень квалификации медицинского персонала: своевременность подтверждения сертификата специалиста, прохождение курсов повышения квалификации, тематических обучающих семинаров по наиболее сложным аспектам, динамический разбор клинических случаев в пределах медицинского учреждения.

Эти обязанности администрации медицинского учреждения закреплены в ч. 8 ст. 79 ФЗ №323 «...8) обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации» [2].

Необходимо обеспечить формирование должностных инструкций исходя из индивидуальных особенностей конкретного медицинского учреждения, с более чётким оформлением функций и задач каждого медицинского работника.

Очень важно при создании локальных внутриорганизационных актов, адаптировать их к условиям конкретного медицинского учреждения, основанных на требованиях порядков и стандартов.

Необязательность, нечёткость выполнения стандартов основывается на отношении к стандартам как к документам, носящим рекомендательный характер. Причём такое отношение к стандартам отмечается даже на уровне организаторов здравоохранения.

Представитель Министерства здравоохранения Российской Федерации заявлял, что приказ Минздрава является актом рекомендательного характера, не нуждается в государственной регистрации и его невыполнение не нарушает прав граждан. Окончательно правовой статус стандартов оказания медицинской помощи определён решением Верховного Суда РФ от 9 апреля 2014 г. №АКПИ14-152.

Судебное решение приводится без сокращения: «Существенными признаками, характеризующими нормативный правовой акт, являются: издание его в установленном порядке уполномоченным органом государственной власти, наличие в нем правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределённого круга лиц, рассчитанных на неоднократное применение, направленных на урегулирование общественных отношений либо на изменение или прекращение существующих правоотношений. В со-

ответствии с пунктом 5.2.18 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации Минздрав России на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации самостоятельно принимает нормативные правовые акты, в том числе, стандарты медицинской помощи.» [3].

Таким образом, стандарты медицинской помощи законодательством в сфере охраны здоровья отнесены к нормативно-правовым актам и обязательны для исполнения.

Первоочередная задача администрации медицинского учреждения создание условий для чёткого понимания необходимости неукоснительного, обязательного выполнения порядков, стандартов и клинических рекомендаций.

Только комплексный подход к данной проблеме позволит существенно повлиять на повышение качества и безопасности медицинской помощи, снижение числа неблагоприятных исходов и будет способствовать минимизации рисков возникновения судебных споров, снижению финансовых и репутационных потерь.

Список литературы:

1. Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Медико-правовые аспекты оформления заключений независимой экспертизы // Медицинское право, 2017. №1. С. 3-5.
2. Федеральный закон РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета, 23.11.2011 г. №263.
3. Постановление Верховного Суда РФ от 9 апреля 2014 г. №АКПИ14-152. О статусе стандартов.

Об авторе:

Кузьмин Станислав Борисович – анестезиолог-реаниматолог, юрист, ассистент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: kuzmin62-62@mail.ru

Kuzmin Stanislav Borisovich – Intensivist, Lawyer, Assistant Lecture of Medical Law Chair of Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Кузьмин С.Б., Смирнова М.Н.

ПРОБЛЕМА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В НЕОНАТОЛОГИИ

В статье проведён анализ проблемы применения лекарственных средств в неонатологической практике, определены основные причины, предпринята попытка систематизации и распределения ответственности в соответствии с компетенциями, отведена ведущая роль врачебной комиссии.

Ключевые слова: неонатологическая помощь, применение лекарственных средств «of label», врачебная комиссия.

Kuzmin S.B., Smirnova M.N.

THE USE OF DRUGS IN NEONATOLOGY

In the article the analysis of problems of use of drugs in neonatal practice, the main causes, the attempt to systemize and allocation of liability in accordance with competences, has the primary role of the medical Commission.

Keywords: neonatal care, use of medicinal products «of label», medical Commission.

Современный прогресс фармакологии и достижения фармацевтической промышленности привели к разработке и синтезу целого ряда новых лекарственных средств, исключительно эффективных препаратов для лечения и профилактики широко распространенных заболеваний. Обогащение терапии новыми лекарственными средствами, сочетающими в себе высокую химиотерапевтическую активность с уменьшением побочных и токсических эффектов, привело к резкому повышению терапевтических возможностей для борьбы с различными инфекциями, резко расширили возможности современной медицины. Это позволяет контролировать и управлять целым рядом патологических состояний на более высоком уровне.

Однако, каждое новое фармакологическое средство должно быть всесторонне изучено, выявлены не только его терапевтические свойства, но и возможности кумуляции в организме, взаимодействие и совместимость с лекарственными препаратами различных групп и особенно его токсичность. Разрешение на широкое применение лекарственных средств, так называемая регистрация, производится на основании достоверных данных

об эффективности и безопасности препарата, полученных в ходе доклинических и клинических исследований. Проведение клинического исследования лекарственных препаратов для медицинского применения регулируется Федеральным законом №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [1].

Можно выделить уязвимые группы пациентов, наиболее уязвимые слои населения, клинические испытания на которых связаны с целым комплексом проблем и ограничений. К таким группам можно отнести беременных женщин, подростков, новорождённых.

В обществе существует устоявшееся негативное отношение к клиническим исследованиям, как к «экспериментам на людях», и тем более к «опытам на детях». Серьёзным сдерживающим механизмом являются экономические особенности, связанные с предъявлением более жёстких требований в вопросах методологии, этических норм, учёта защиты прав несовершеннолетних. Все эти требования значительно повышают стоимость таких исследований и увеличивают сроки проведения испытаний. Расходы могут превышать планируемые затраты и значительно снижать ожидаемый экономический эффект.

Необходимо признать, что процессы создания, синтеза новых лекарственных средств будут всегда опережать клинические испытания, особенно в узкопрофильных группах.

Проблема применения лекарственных средств с нарушением предписаний утвержденной инструкции по возрасту, является международной проблемой, и связана с отсутствием на фармацевтическом рынке зарегистрированных «детских» форм большинства необходимых в медицинской практике препаратов. У данного процесса есть международный термин – «of lable». В переводе с английского – это использование лекарственного препарата «вне инструкции», утвержденной государственными регулирующими органами. В более широком смысле, это применение по показаниям, в лекарственной форме, дозе или схеме применения, в популяции пациентов, сведения о которых не содержит утвержденная инструкция по медицинскому применению препарата с актуальными на сегодняшний момент времени изменениями.

Особое место занимает применение в педиатрии препаратов, разрешенных только во взрослой практике. В данной ситуации резко повышается риск развития нежелательных побочных реакций, так как препарат попадает в неисследованное поле, с отсутствием данных о фармакокинетике, схем и дозировок для детского организма. Наиболее остро эта проблема выражена в неонатологии, где по разным источникам применение препаратов «of lable» составляет до 90%.

Новорождённый обладает целым рядом физиологических особенностей, незрелостью органов и тканей, сниженными адаптогенными возможностями. Особенно ярко это выражено в организме недоношенного младенца с экстремально низкой массой тела. Этой категории пациентов, как правило, и необходима серьёзная медикаментозная и техническая поддержка. Требуется эффективная поддержка сердечной деятельности, антибактериальная терапия, гормональная терапия, обеспечение полноценного питания. Всё это невозможно без применения современных лекарственных средств. Но они, как правило, не проходят клинические испытания на соответствующих группах пациентов. Влияние на органы и системы, побочные действия, кумуляция и процессы выведения данных лекарственных средств, наличие побочных эффектов, взаимодействие с другими лекарственными средствами – не определены. Учитывая анатомические и физиологические особенности новорождённых, нельзя рассчитать детскую дозу прямым пересчетом на килограмм массы тела, как это принято во взрослой практике. Недостаточные дозы лекарств становятся причиной неэффективности или развития резистентности к лечению, а при превышении дозировок резко возрастает риск развития токсического действия препарата.

Неонатологи вынуждены использовать препараты, эффективность и безопасность которых оценивалась в исследованиях на взрослых. При этом течение многих заболеваний, а также и результаты воздействия идентичных вмешательств на организм взрослого и организм ребенка может существенно отличаться. На сегодняшний день решение о применении лекарственного средства за рамками инструкции, чаще всего,

принимает лечащий врач, либо заведующий отделением. Но в соответствии с действующим законодательством РФ, это решение выходит за рамки их компетенции. Вопросы назначения препаратов, не входящих в стандарты, решаются на уровне врачебной комиссии в соответствии со ст. 48 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2]. Мы предлагаем определить регламент, позволяющий врачу, в интересах пациента, применение лекарственного средства «of lable» на законодательном уровне, который должен быть разработан с учётом особенностей профиля медицинского учреждения и закреплён локальными, внутриорганизационными актами.

Прежде всего, лечащий врач должен представить письменное чёткое обоснование назначения лекарственного средства «of lable», с аргументацией необходимости и при отсутствии разрешённой альтернативы, для оценки врачебной комиссией. Заключение врачебной комиссии, с участием профильных специалистов и клинического фармаколога, должно быть оформлено в специальной разработанной форме и внесено в историю болезни конкретного пациента.

Также необходимо разработать бланк информированного согласия, соответствующего содержания и обязательной подписью лечащего врача и законного представителя пациента, который так же приобщается к истории болезни.

В положении о врачебной комиссии нужно учесть ситуацию, когда применение лекарственного средства «of lable» необходимо экстренно, в ночное время и с учётом выходных и праздничных дней, когда организация врачебной комиссии невозможна. В данном случае, полномочиями наделяется врачебный консилиум, с участием профильных специалистов, и заполняется специальная форма. В дальнейшем, необходимо продублировать данное решение постановлением врачебной комиссии. Таким образом, решение данной проблемы потребует серьёзной проработки внутриорганизационных актов, что позволит распределить уровни полномочий, а также определит порядок и последовательность оформления документации.

Список литературы:

1. Федеральный закон РФ от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» Принят Государственной Думой 24.03.2010 г. Одобрен Советом Федерации 31.03.2010 г.
2. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета, 23.11.2011 г. №263.

Об авторах:

Кузьмин Станислав Борисович – анестезиолог-реаниматолог, юрист, ассистент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: kuzmin62-62@mail.ru

Смирнова М.Н. – студентка 1 курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва.

Kuzmin Stanislav Borisovich – Intensivist, Lawyer, Assistant Lecture of Medical Law Chair of Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Smirnova Mariya Nicolaevna – Student of 1 course of medical faculty of Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

© Кузьмин С.Б., Смирнова М.Н., 2017

Москвина Я.В., Грачева Т.Ю.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ, СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: АУТРИЧ-РАБОТА, КАК ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Данная статья предназначена для специалистов организаторов наркологического профиля, участвующих в разработках программ снижения вреда и организаторов наркологической помощи, внедряющих системы реабилитации наркозависимых, совершивших противоправные действия. Предлагается использование АУТРИЧ-работы как метода реабилитации при наркомании. Описывает общие положения и практические вопросы организации комплексных программ снижения вреда и общественного противоправного поведения в обществе. На основании проведенного исследования получены данные об эффективности внедрения программы социальной помощи наркологическим пациентам..

Ключевые слова: наркологические пациенты; реабилитация; АУТРИЧ-терапия.

Moskvina Ya. V., Gracheva T. Yu.

THE ORGANIZATION OF COMPULSORY TREATMENT OF DRUG ADDICTS WHO HAVE COMMITTED ILLEGAL ACTIONS: OUTREACH

The study is addressed to experts of narcological profile, participating in the development of harm reduction programs and organizers drug treatment implementing system rehabilitation of drug addicts who have committed unlawful acts. The proposed use OUTREACH work as a method of rehabilitation from addiction. Describes the General principles and practical issues of organization of integrated programmes the harm reduction and public wrongful conduct in society. On the basis of the study obtained data on the effectiveness of the program of social assistance to drug patients.

Keywords: substance abuse patients; rehabilitation; OUTREACH therapy.

Актуальность. В России на протяжении последнего десятилетия наблюдается рост наркомании. Проблема результативных методов и способов терапии, организации медико-социальной помощи при наркоманиях остается одной из важных проблем в оказании наркологической помощи. Большее число наркологических пациентов отказывается от обращения за наркологической помощью, создавая тем самым угрозу обществу, своим криминальным

поведением. Чем лучше организован лечебно-реабилитационный процесс, чем более активно пациенты сотрудничают с врачами, тем ниже социальные последствия наркомании.

Основными поставщиками наркопреступности, правонарушений на почве незаконного оборота наркотиков и связанных с ним проблем являются не люди, эпизодически употребляющие наркотические вещества, а больные наркоманией.

В качестве одного из способов улучшения наркоситуации в России в последнее время, активно обсуждается недобровольное/обязательное или альтернативное лечению наркомании. Обязательное лечение наркомании должно быть направлено не только на больных, совершивших преступление, но и на тех пациентов, кто ведет асоциальный образ жизни и представляет потенциальную опасность для окружающих [5]. В понятие опасность для окружающих включается лишь потенциально опасные действия в отношении личности, а не угрозы имущественного ущерба. Но, как правило, больные наркоманией обычно совершают или намереваются совершить именно имущественные преступления [2, 3], что не позволяет применять к ним недобровольную госпитализацию. Обсуждаемое недобровольное лечение в профессиональных, научных, государственных кругах, в обществе, должны быть созданы новые медицинские структуры, которые не будут повторять ранее созданные лечебно-трудовые профилактории, и организовать иные медико-социальные подходы.

При критике недобровольного лечения наркомании ряд авторов ссылается на понятия нарушений прав человека и пациента, а также из представлений о том, что «амбициозные цели избавить общество от наркотиков и вылечить все наркоманов являются не-реалистичными» [3, 5].

После проведения традиционного купирования основного клинического синдрома, наступает новый этап медико-социальной реабилитации, при соблюдении принципа информированного добровольного согласия. Учитывается выбор самого пациента. Суд лишь определяет необходимость прохождения терапии и способы контроля за соблюдением им режима.

Вопрос лечебно-реабилитационных и поддерживающих программ остается недостаточно разработанными.

Целью исследования – комплексное изучение эффективности программы АУТРИЧ, используемой в наркологической практике.

Задачи:

1. предоставление информации о сохранении здоровья, осуществляемое посредством проведения индивидуальных консультаций, проведения акций, обучающих семинаров;
2. посредничество между целевой группой и существующими службами и специалистами медицинского, социального, психологического, юридического сервиса.
3. анализ эффективности программы: социально-правовой и медико-психологической, для снижения общественной опасности.

Для разрешения данного вопроса предлагается использовать систему социальной помощи на этапе реабилитации – АУТРИЧ-работу. АУТРИЧ-работа (англ. Outreach – внешний контакт – форма продвижения услуг, предоставляемых медицинскими службами и общественными организациями, в целевое сообщество [1].

Достижением выполнения мероприятий при АУТРИЧ-работе служат следующие критерии:

- при кратковременном по временному критерию контакте с лицами, употребляющие наркотики, оказывается интенсивная профилактическая помощь;
- АУТРИЧ-работники дают консультации на различные темы: как защититься от ВИЧ/СПИДа, гепатита, сексуально-передающихся инфекций; в чем состоит риск употребления наркотиков; непосредственного контакта с лицами употребляющих наркотики, развитие доверительных отношений; предоставление различных видов помощи: консультирование, социальная и медицинская, юридическая помощь; сотрудничество с медицинскими (наркодиспансер, кожвендиспансер, инфекционная больница), социальными (социальные службы для молодежи, Красный Крест, службы по делам несовершеннолетних, общественные организации, оказывающие социальную и гуманитарную помощь, занимающиеся реабилитацией, религиозные конфессии) и юридическими учреждениями (союз адвокатов, частные юридические фирмы, частные

адвокаты и юристы), а также содействие созданию и расширению сети помощи лицам, употребляющих психоактивные вещества;

- проводится обязательный мониторинг по получению новой информации от потребителей наркотических веществ с регистрацией данной информации [7].

Необходимыми качествами личности сотрудника по АУТРИЧ-работе являются высокая мотивация на достижение цели, понимание проблем наркомании и желание помочь разрешить им эти проблемы.

Для организации полипрофессиональной группы предъявляются такие требования к сотрудникам, как:

- сотрудники всегда работают в парах;
- один из пары должен быть постоянным сотрудником, другой – может быть добровольцем;
- весь персонал должен пройти подготовку по вопросам АУТРИЧ-работы и практике безопасного внутривенного введения наркотиков;
- весь персонал должен пройти тренинги, посвященные способам разрешения конфликтных ситуаций, правилам поведения в потенциально опасных ситуациях [6].

Объектом исследования были пациенты с наркотической зависимостью, проходившие курс реабилитации, в соответствии с судебными постановлениями.

Основными материалами исследования являются стандартные медицинские документы: медицинские карты амбулаторного больного (форма №025-У), медицинская карта стационарного больного (форма №003-У), регистрационные карты клиентов программ снижения вреда от употребления наркотиков, анкеты поведенческих изменений клиентов проекта снижения вреда от употребления наркотиков.

В исследовании использовались методы: наблюдательный, опроса, клинико-психопатологический, социологический – изучение индивидуума в социуме и влияние социума на личность, то есть изучались социальные и психологические аспекты формирования мотивационных установок на лечение, формирования ответственного поведения.

Анализ полученных результатов был использован для разработки методических рекомендаций по построению программ низкого порога уровня в системе общей реабилитации наркомании.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведено исследование с целью изучения эффективности программы АУТРИЧ, в исследовании приняли 142 наркопотребителя, ранее находящиеся на лечении по постановлению суда: на долю пациентов ремиссии длительностью от 0,5 до 1 года приходится 13,3% (95% ДИ 8,7-19,9%), устойчивые – 9,8% (95% ДИ 5,9-15,8%), неустойчивые – 3,5% (95% ДИ 1,5-7,9%). Ремиссии свыше 1 года в 9,1% (95% ДИ 5,4-15,0%) случаев, краткосрочная ремиссия в 0,7% (95% ДИ 0,1-3,8%) случаев.

Пациенты, находящиеся на лечении по постановлению суда, прошедшие социально-правовую и медико-психологическую реабилитацию, при обследовании отмечают следующие качества, отражающие адаптационные механизмы: в 64,8% (95% ДИ 55,9-71,5%) случаев, легкость в адаптации к окружающей обстановке; позитивный жизненный настрой и ощущение радости от жизни – 66,2% (95% ДИ 58,8-73,4%); относительная легкость в разрешении трудных жизненных ситуаций – 40,1% (95% ДИ 32,4-48,3%). Количество пациентов, заботящихся о состоянии своего здоровья и что-либо предпринимающих для улучшения, составляет – 78,8% (95% ДИ 71,4-84,7%), регулярное обращение за медицинской помощью – 40,8% (95% ДИ 33,1-49,0%).

Актуальностью данной работы по созданию полипрофессиональной бригады (АУТРИЧ-работа), была обусловлена:

- масштабами и темпами распространения наркозависимости, в том числе в регионе;
- масштабами и темпами распространенности ВИЧ/СПИДа;
- незначительным охватом профилактических мероприятий для снижения заболеваемости наркоманией;
- критическим снижением уровня доверия наркопотребителей к официально-действующей системе наркологической помощи;
- низкого качества предоставляемых услуг;
- отсутствие каких-либо реальных (нормативно-правовых или организационных) оснований для эффективного взаимодействия основных агентов, действующих в секторе снижения

вреда от употребления наркотиков – первичной профилактики распространения ВИЧ/СПИДа и сфере оказания первичной наркологической помощи: центров СПИД и наркологических медицинских организаций.

В 26,0% (95% ДИ 19,5-33,8%) случаев отмечались патологические формы девиантного поведения. Характерной для этой группы были делинквентные формы поведения, проявляющиеся кражами, грабежами, вымогательством, агрессивным поведением, угоном транспортных средств в 16,9% (95% ДИ 11,6-23,9%) случаев, из них 43,6% (95% ДИ 35,7-51,8%) случаев состояли на учете в наркологическом диспансере, а 13,3% (95% ДИ 8,7-19,9%) имели условную судимость.

Анализ социальных воздействий, оказывающих влияние на формирование криминальной личности, способствовал определению факторов риска, воздействующих на формирование девиантных форм поведения и аддиктивных расстройств у пациентов. По результатам оценки состава семей в исследуемых группах установлено, что чаще всего формирование девиантного поведения с аддиктивными расстройствами было воспитывающихся в неполной семье, что составило 37,3% (95% ДИ 29,8-45,5%) и 22,5% (95% ДИ 16,4-30,0%) для группы с патологическими формами девиантного поведения и непатологической формой девиантного поведения соответственно.

Клинико-психопатологические характеристики исследуемой группы пациентов следующие: для пациентов более свойственны нормальные психомоторные реакции 45% (95% ДИ 37,1-53,2%), чем возбужденные 19,0% (95% ДИ 13,4-26,2%) или торможение 8,4% (95% ДИ 4,9-14,1%), данное исследование проводилось в период самостоятельного обращения, в период трезвости. У некоторых пациентов наблюдалось расстройство мышления: снижение темпа 9,8% (95% ДИ 5,9-15,8%) и нарушение формы (резонерство, обрывистость мыслей) – 3,5% (95% ДИ 1,5-7,9%).

Динамика развития психопатологических черт распределялась следующим образом: у абсолютного большинства 54,9% (95% ДИ 46,7-62,8%) динамика психической зависимости носила среднепрогредиентный темп развития, в то время как динамика синдрома опьянения у большинства 36,6% (95% ДИ 29,1-44,8%) носило прогредиентное развитие.

Толерантность к наркотику у 52,1% (95% ДИ 43,9-60,1%) росла относительно в медленном, у 23,9% (95% ДИ 17,6-31,5%) – в среднем темпе и у 11,9% (95% ДИ 7,6-18,3%) – в относительно быстром темпе.

Результатом проведения мероприятий, формирование более бережного отношения к своему здоровью было в группе лиц, прошедших реабилитацию с использованием АУТРИЧ-работы, следовательно, является стремление к достижению мотивации полного отказа от наркотиков и в последующем снижением противоправного поведения в обществе.

Проведенное исследование установления эффективности перспективной модели реабилитации для лиц, находящихся на лечение по постановлению суда, с использованием организации АУТРИЧ-работы, позволило определить медицинскую эффективность:

1. применение АУТРИЧ является целевым методом профилактики и просвещения, так как максимально приближен и адаптирован к социальным потребностям наркологических больных.
2. АУТРИЧ – это деятельность, в силу многих причин более доступная для целевого сообщества, нежели другие профилактические и лечебные воздействия, предлагаемые структурами здравоохранения.
3. АУТРИЧ позволяет реально оценить текущую ситуацию в целевом сообществе и потребности сообщества, а также эффективность различных профилактических и лечебных программ.
4. АУТРИЧ сближает представителей целевого сообщества и медицинские структуры и служит посредником между ними.
5. Работа АУТРИЧ-группы показала, что пациенты наркологического профиля заинтересованы и могут принимать участие в программах, направленных на сохранение их здоровья, просвещение и профилактику ИППП, ВИЧ/СПИДа.
6. Для организации эффективной работы АУТРИЧ-групп оптимально сотрудничество представителей государственных медицинских учреждений и неправительственных организаций, имеющих опыт работы в области профилактики ИППП, ВИЧ/СПИДа.

Следствием проделанной работы должно стать обязательное создание электронной базы: возможность быстрого подробного анализа; обмен информацией о больных между несколькими службами (медицинскими учреждениями, Госнаркоконтроля, МВД и т.д.), в которых могут появляться одни и те же лица, страдающие наркологическими заболеваниями, – при условии, что различные службы получают обновления базы данных; создание архивов для хранения данных о пациентах, оказываемых услуг и ведение случаев.

Таким образом, в проведенном исследовании рассмотрены вопросы организации обязательного лечения наркозависимых с применением в качестве реабилитационных мероприятий АУТРИЧ-работы и установлена эффективность данного метода для профилактики социально опасного поведения наркологических пациентов.

Список литературы:

1. Большой толковый социологический словарь терминов [Электронный ресурс] // URL: <http://www.onlinedics.ru/node/2151> (дата обращения 19.02.2017)
2. Клаймен М. Н. Политика борьбы с наркотиками: путь умеренных ожиданий / М.Н. Клаймен // Наркология. 2014. №4. С. 31-34.
3. Клименко Т.В. Профилактика противоправной активности лиц с наркотической зависимостью / Т.В. Клименко, К.Л. Мосикян // Наркология. 2006. №10. С. 54-57.
4. Менделевич В.Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти / В.Д. Менделевич. Казань, 2004. С. 240.
5. Тарасова Н. П. Практика лечения наркомании в США: наркосуды как новая форма организации лечения наркоманов / Н.П. Тарасова // Наркология. 2010. №9. С. 37-42.
6. Саранг А.Н. Пособие для аутрич-работников и волонтеров программ снижения вреда от употребления наркотиков / А.Н. Саранг // AFEW. М. 2008. 67 с.
7. Василенко И.В. Программы снижения вреда в наркологической практике / Павлодар, 2005. С. 83.

Об авторах:

Москвина Яна Владимировна – аспирант ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, врач психиатр-нарколог ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово, e-mail: medpravo2@bk.ru

Грачева Татьяна Юрьевна – профессор кафедры последипломной подготовки по надзору и медицинскому праву ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, доктор медицинских наук, доцент, Кемерово, e-mail: medpravo2@bk.ru

Moskvina Yana Vladimirovna – the graduate of the Kemerovo state medical University MH RF, psychiatrist-narcologist of GКУЗ ТО «the Kemerovo regional clinical psychiatric hospital», Kemerovo

Gracheva Tatiana Yurievna – Professor, Department of postgraduate supervision and medical law of the Kemerovo state medical University of rmph, doctor of medical Sciences, associate Professor, Kemerovo

© Москвина Я.В., Грачева Т.Ю., 2017

Москвина Я.В., Самусь И.В.

ОФОРМЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ КАК СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Вопрос о надлежащем ведении медицинской документации является актуальным. Данный факт связан с отсутствием единого стандарта, который мог быть обязательным для соблюдения всеми медицинскими организациями. Кроме того, ненадлежащее ведение первичных медицинских документов также может быть связано с несоответствием норм, содержащихся в подзаконных нормативных актах, требованиям действующего законодательства.

Ключевые слова: первичная медицинская документация, дефекты заполнения первичной медицинской документации, оптимизация управления качеством медицинской помощи.

Moskvina Ya. V., Samus I. V.

OPTIMIZATION DESIGN OF PRIMARY MEDICAL DOCUMENTATION AS A WAY TO CONTROL THE QUALITY OF HEALTH CARE FOR NARCOLOGICAL PATIENTS

Question about ought maintaining medical documentation is actual. This fact is connected with absence of the uniform standard which could be obligatory for observance by all medical organizations. Besides, inadequate maintaining primary medical documents also can be connected with discrepancy of the norms containing in subordinate regulations, to current legislation requirements.

Keywords: primary medical documentation, defects of filling of primary medical documentation, optimization of quality management of medical care.

Для получения полной и достоверной информации о пациенте, доступности качественной медицинской помощи, а также для решения ряда других вопросов организации ее оказания необходимы стандартизованные знания ведения первичной медицинской документации. Данные сведения необходимы для организации лечебно-диагностического процесса, мониторинга за состоянием здоровья пациентов, для проведения контроля его внутреннего качества. Первичная медицинская документация – это юридический документ (ст. 55, ст. 71 ГПК РФ, ст. 74, ст. 81 УПК РФ), поэтому является письменным доказательством в суде при урегулировании конфликтов между врачами и пациентами,

а также первичным документом при формировании финансовых документов по оплате медицинской помощи. Большинство медицинских работников не оценивают значимость данного вопроса, традиционно считают «бумажную» работу второстепенной, требующей ненужных и больших трудозатрат. Почерк врачей часто неразборчив, что его не может понять ни сам пациент, ни другие врачи; в документах встречаются дописки и переписывание целых листов и частей карт, что заставляет сомневаться в хронологии событий и в корректности назначений; порой документация не ведется вовсе.

Известны судебные и экспертные случаи, когда соблюдение правильного оформления документации избавляло врача от судебного преследования. Только грамотно и правильно оформленная первичная медицинская документация позволяет медицинскому персоналу избежать конфликтных ситуаций с пациентом и санкций надзорных органов.

Первичная медицинская документация, независимо от ее формы (ф. 003/у, 025/у-04, 096/у и др.), используется при осуществлении ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Наблюдаемая тенденция роста количества досудебных и судебных разбирательств свидетельствует о необходимости усовершенствования системы контроля качества медицинской помощи, оценки работы медицинских работников и, как следствие, повышении требований к ведению первичной медицинской документации.

История болезни, являясь основным документом, составленным на больного в стационаре, имеет большое лечебное, научно-практическое и юридическое значение:

- лечебное – так как по записям в ней выполняются диагностические и лечебные мероприятия;
- научно-практическое – так как служит исходным материалом для изучения причин и особенностей течения тех или иных заболеваний, а, следовательно, и для разработки профилактических мероприятий;
- юридическое – так как дает возможность (при правильном ее ведении) оценить качество оказанной медицинской помощи.

Исходя из вышеизложенного, следует подчеркнуть целесообразность стандартизации первичной медицинской документации, это будет способствовать выработке у врача навыков ее оформления и экономии времени.

Большинство форм первичной медицинской документации было утверждено приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Необходимо обратить внимание, что приказ №1030 был отменен приказом Минздрава СССР от 05.10.1988 №750, но до настоящего времени новые учетные формы не были утверждены, поэтому большая часть медицинских учреждений продолжает использовать формы, установленные приказом №1030. Правомочность использования недействующего законодательства подтверждается письмом Минздравсоцразвития России от 30.10.2009 №14-6/242888, в котором ссылкой указана соответствующая рекомендация Министерства здравоохранения. Некоторые формы были утверждены другими документами, такими, как приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» и приказ Минздравсоцразвития России от 14.03.2007 №169 «Об утверждении учетной формы №030-Л/у «Карта гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, по учету отпуска лекарственных средств».

Общие требования к ведению первичной медицинской документации были регламентированы Типовой инструкцией к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений, утвержденной Минздравом СССР от 20.06.1983 №27-14/70-83 с изменениями, внесенными приказами Минздрава СССР от 31.12.1987 №1338 «О введении новой формы медицинской карты амбулаторного больного», от 25.01.1988 №50 «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема». Приказ №1338 фактически утратил силу с изданием приказа Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255, а приказ №50 отменен приказом Минздрав-

соцразвития России от 12.11.2009 №893. Также следует упомянуть приказ Минздрава России от 09.06.1986 №818 «О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм», применение некоторых положений которого может повлечь иногда негативные правовые последствия как для медицинских организаций, так и для медицинского работника.

Любые формы ведомственного контроля качества медицинской помощи проходят документарную экспертизу путем анализа документов (п. 7 Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 №1340н), поэтому от качества заполнения первичной медицинской документации зависит результат проверки страховой компанией, прокуратурой, заключение посмертного эпикриза и др.

Приказом 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» регламентированы общие принципы и порядок контроля качества медицинской помощи. Приложение 8 указанного Приказа описывает перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), включающий большое количество дефектов, объединенных в пять основных групп. Одну из групп составляют дефекты оформления медицинской документации. Согласно п. 4 приказа ФФОМС №230 дефектами оформления первичной медицинской документации в медицинской организации являются:

- непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин;
- дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи);

- отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях;
- наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переформирование истории болезни с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания) и др.

По данным анализа 820 медицинских карт амбулаторных больных и 970 медицинских карт стационарных больных в 100% случаев выявили те или иные недостатки оформления документации. Наиболее распространенными дефектами ведения первичной медицинской документации являются следующие:

- отсутствие обоснования госпитализации, установленного предварительного и клинического диагнозов, дефекты в описании жалоб, анамнеза, объективного обследования;
- отсутствие обоснования необходимости проведения того или иного медицинского вмешательства;
- отсутствие добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство;
- неправильное оформление записей в связи с назначением лекарственной терапии;
- отсутствие указаний на результаты проведенных лечебных мероприятий;
- отсутствие этапных эпикризов и сведений о динамическом наблюдении за больным;
- отсутствие указания времени осмотра пациента лечащим врачом, консультантами, времени проведения оперативного вмешательства;
- отсутствие необходимых подписей (лечащего врача или зав. отделением);
- низкая информативность дневников, записей консультантов и эпикризов;

- формальный характер записей, небрежные и неразборчивые записи, нарушение хронологического порядка изложения данных.

Клинический диагноз определяет все лечебные мероприятия: режим дня больного, диету, медикаментозные и иные назначения, хирургические вмешательства, необходимость реабилитации или дальнейшего амбулаторного лечения, а также возможную утрату общей или профессиональной трудоспособности. Кроме лечебных мероприятий, из диагноза вытекают определенные последствия как для самого пациента (например, необходимость медико-социальной защиты), так и для других лиц. Поэтому диагноз должен быть обоснован результатами всех необходимых в данном случае исследований, а его обоснование должно быть полностью отражено в истории болезни.

Также дефектами ведения первичной медицинской документации могут быть:

1. Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы КМП (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).
2. Отсутствие в первичной документации отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством РФ случаях.
3. Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
4. Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
5. Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе включение в счет

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

Для обеспечения достоверной информацией о каждом больном должна быть использована единая система записей. Кроме того, записи должны быть читабельными, четкими; подписанными медицинским персоналом и содержать отметку о дате осмотра пациента или медицинского вмешательства. Подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса, должны быть оформлены полностью (подпись и расшифровка).

Отметим, что в медицинской карте амбулаторного больного допустимы более краткие записи, чем в истории болезни. Однако это не означает возможности неполноценного сбора анамнеза или ущербного описания объективных симптомов заболевания. Это не означает и того, что записи врача должны содержать только ему понятные сокращения, аббревиатуры, которыми в настоящее время полна медицинская документация, как на поликлиническом, так и на стационарном этапе оказания медицинской помощи.

Юридическое значение анамнестической части истории болезни. Здесь должно быть указано, что произошло с больным, когда впервые развились симптомы заболевания, лечился ли он ранее по поводу этого заболевания, где и когда. Особая ответственность по сбору анамнеза ложится на плечи врача приемного отделения, поскольку он первым вступает в контакт с больным и (на основании анамнеза и объективного исследования) выставляет предварительный диагноз.

Содержимое медицинской карты должно быть достаточно детализировано и организовано для обеспечения лечащему врачу возможности оказания эффективной помощи больному, возможности оценки состояния больного в определенный момент, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции больного на лечение; консультанту – возможности ознакомиться с историей заболевания, изложить результат своего

осмотра. Также должно быть возможным извлечение информации для административных, статистических целей, для оценки качества медицинской помощи, для чего необходимо создание стандартизованного формата записей, упрощающих ведение медицинских карт, уменьшая время заполнения, знакомство или копирование информации без ущерба для ее содержания.

За несоблюдение требований, предъявляемых к ведению медицинской карты, врач несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Необходимо отметить, что дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации являются основанием для неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи или отказа в оплате медицинской помощи.

Одним из способов повышения качества заполнения первичной медицинской документации представляется разработка новых унифицированных требований к ведению первичной медицинской документации. Наличие самих требований недостаточно для того, чтобы изменить принятую практику. Необходимо, чтобы врачи были знакомы с документами и были согласны с их содержанием, поэтому такие документы необходимо разрабатывать в соответствии с современной методикой, которая позволяет учесть все детали реальной практики и интересы всех участников лечебно-диагностического процесса. При этом максимум стандартизированной информации должно быть автоматизировано с использованием компьютерных технологий.

Кроме того, для применения врачами установленных требований ведения первичной медицинской документации необходимо материальное стимулирование самих врачей, что может быть установлено положениями, приказами медицинских организаций.

Не менее эффективным способом является проведение внутренней плановой экспертизы качества медицинской помощи, результатом которой может быть дисциплинарная ответственность медицинского работника, а также своевременное устранение дефектов ведения первичной медицинской документации.

Заключение: для повышения управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях следует проводить оптимизацию оформления первичной медицинской документации.

Список литературы:

1. Самусь И.В. Управление качеством медицинской помощи путем оптимизации документооборота / И.В. Самусь, О.Н. Каминская, Т.Ю. Грачева // Медицинское право. 2014. №3. С. 17-20.
2. Самусь И.В. Управление медицинской организацией с использованием оптимизации организационно-методического обеспечения / И.В. Самусь, В.А. Сорокина, Т.Ю. Грачева // Медицинское право. 2014. №4. С. 24-28.
3. Царик Г.Н., Ивойлов В.М., Богомолова Н.Д. и соавт. / Общественное здоровье и здравоохранение // Под. ред. Царик Г.Н., учебн. для студ. ВПО, Кемерово, 2012. 839 стр.

Об авторах:

Москвина Яна Владимировна – врач психиатр-нарколог Государственного казенного учреждения здравоохранения «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово, e-mail: medpravo2@bk.ru

Самусь Ирина Валерьевна – врач-организатор Государственного казенного учреждения здравоохранения «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово, e-mail: medpravo1@bk.ru

Moskvina Yana Vladimirovna – a psychiatrist-narcologist of the State Public Health Institution «Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital», Kemerovo

Samus Irina Valerievna – doctor-organizer of the State Public Health Institution «Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital», Kemerovo

Москвина Я.В., Селедцов А.М., Грачева Т.Ю.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ЛИЦАМ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Слабо разработаны и недостаточно обоснованы организационные аспекты оказания обязательных мер медицинского характера лицам с аддиктивными расстройствами. Изучены различные аспекты организации медицинской помощи таким лицам после вступления в законную силу судебных решений. Разработаны и предложены практические рекомендации по организации обязательных мер медицинского характера наркозависимым, совершившим общественно опасные действия.

Ключевые слова: организация наркологической помощи, организация обязательных мер медицинского характера.

Moskvina Ya. V., Seledtsov A. M., Gracheva T. Yu.

THE ORGANIZATION OF COMPULSORY MEDICAL MEASURES TO PERSONS WITH ADDICTIVE DISORDERS AND EXPERIENCE IN THE KEMEROVO REGION

Poorly designed and insufficiently grounded organizational aspects of the provision of compulsory medical measures to persons with addictive disorders. Studied various aspects of the organization of medical aid to such persons after the entry into force of judicial decisions. Developed and proposed practical recommendations for the organization of compulsory measures of a medical nature drug addicts who have committed socially dangerous acts.

Keywords: organization of drug treatment, compulsory measures of a medical nature.

В динамике состояния здоровья населения Российской Федерации одной из негативных тенденций является высокая распространенность наркологических заболеваний [3, с. 2; 6, с. 1].

По данным федерального статистического наблюдения, в 2015 году медицинскими организациями, оказывающими наркологическую помощь, зарегистрировано 2 920 007 больных наркологическими расстройствами, то есть 2 041,2 больных в расчете на 100 тыс. населения, или 2,0% от общей численности населения. По сравнению с 2014 годом показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами снизился на 3% [1, с. 87; 4, с. 54; 5, с. 81].

В настоящее время в наркологической службе существует множество системных организационных проблем:

1. низкая обращаемость больных в государственные и муниципальные медицинские организации, оказывающие наркологическую помощь населению;
2. низкая мотивация наркологических больных к включению в программы лечения и медицинской реабилитации;
3. низкая загруженность развернутых наркологических и реабилитационных коек;
4. отсутствие систематизированного мониторинга масштабов распространенности злоупотребления алкоголем;
5. дефицит обеспеченности врачами-психиатрами-наркологами, средним и младшим медицинским персоналом;
6. дефицит обеспечения врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, социальными работниками, специалистами по социальной работе;
7. недостаточно развитая преемственность в деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «наркология», и негосударственных реабилитационных центров, оказывающих социальные услуги наркологическим больным.

В целях увеличения обращаемости в наркологические учреждения необходимо сформировать поток больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, на которых суд возложил обязанность пройти лечение и медицинскую реабилитацию, а также из осужденных, признанных больными наркоманией, которым судом отсрочено отбывание наказания.

С целью повышения эффективности оказания наркологической помощи необходимо:

1. укрепить материально-техническую базу наркологических учреждений в соответствии со стандартом оснащения;
2. разработать и внедрить в деятельность наркологических учреждений порядок диспансерного наблюдения за наркологическими больными, отвечающий современной социально-экономической и наркологической ситуации в стране;
3. разработать методические указания по организации лечения и медицинской реабилитации больных наркоманией, совер-

шивших преступление небольшой тяжести и получивших отсрочку отбывания наказания[7,8];

4. разработать механизм взаимодействия между наркологическими учреждениями, уголовно-исполнительными инспекциями и судами при организации обязательного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманиями, а также при организации лечения и медицинской реабилитации осужденных, признанных больными наркоманией, отбывание наказания которым отсрочено судом [6, с.4].

В настоящее время в Российской Федерации наиболее проблемным направлением в системе оказания наркологической помощи является медицинская реабилитация. Медицинская реабилитация наркологических больных развивается медленно, что негативно отражается на эффективности оказания наркологической помощи.

Взаимодействие наркологических учреждений с уголовно-исполнительными инспекциями при проведении в отношении осужденного к лишению свободы, признанного больным наркоманией, курса лечения от наркомании и медицинской реабилитации с отсрочкой отбывания наказания в виде лишения свободы.

Развитие информационного взаимодействия между правоохранительными органами и медицинскими организациями, оказывающих наркологическую помощь населению, с учетом соблюдения требований действующего законодательства Российской Федерации играет важную роль [2].

Основными задачами обязательных мер медицинского характера, применяемых в отношении лиц с наркологическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, является лечение и проведение реабилитационных мероприятий с целью предупреждения совершения ими новых общественно опасных деяний при строгом соблюдении их прав и законных интересов.

Лечение больного алкоголизмом или наркоманией нельзя считать полностью добровольным, больного всегда побуждают к этому, направляют.

Модель принудительного лечения в развитых западных странах, заключается в следующем: законодательная установка – от-

носится к алкоголикам и наркоманам как к больным, даже если они уклоняются от добровольного или принудительного лечения. Меры принуждения заключаются только в обеспечении неотвратимости судопроизводства по делу, если оно признано необходимым, и в неотвратимости самого принудительного лечения, если имеется «гражданский приговор» суда, считается, что главное это не жесткость запретов, ограничительных мер и наказаний, а статус недобровольности и строгое следование целям этой акции: лечение путем применения эффективных программ, адекватных методик и технологий в соответствующих гуманных условиях.

Эксперты ВОЗ считают, что принудительное лечение оправдано только тогда, когда больному оказываются доступные эффективные программы (методы) лечения наряду с адекватными и гуманными условиями, в которых это лечение проводится.

Поскольку данное направление в оказании наркологической помощи не имеет практических наработок, специалистами ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» (далее – ГБУЗ КО КОКНД) разработан и применяется Стандарт проведения обследования, лечения и медицинской реабилитации пациентов, изъявивших желание добровольно пройти курс лечения от наркомании.

На лечение и медицинскую реабилитацию пациент поступает с направлением, выданным территориальной уголовно-исполнительной инспекцией Федеральной службы исполнения наказаний Министерства юстиции Российской Федерации (далее – УИИ), на основании решения суда, и с копией решения суда о назначении альтернативного лечения.

Перед проведением лечения пациенту проводится необходимый объем обследований для выявления наличия или отсутствия наркологического заболевания, включающий в себя:

Осмотр и консультацию врачом-психиатром-наркологом с проведением дополнительных исследований, разрешенных к применению в России, и оформлением необходимых документов (информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных и др.). Также проводится флюорографическое исследование легких; исследование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, сифилис.

Экспериментально-психологическое исследование (особенности развития личности, определение уровня мотивации к лечению и реабилитации, отношение к лечению и реабилитации, наличие установок на трезвость).

При выявлении соматических противопоказаний – направление пациента в профильную медицинскую организацию с последующими консультациями и осмотрами врачом-психиатром-наркологом по месту прохождения лечения сопутствующего заболевания.

На основании проведенных обследований устанавливаются основной и сопутствующий диагнозы, а также разрабатывается индивидуальная программа лечения и реабилитации, определяющаяся состоянием пациента на момент обращения за наркологической помощью, основные направления которой будут включать:

1. Активную терапию в стационарном наркологическом отделении или дневном стационаре (курс лечения от 10 до 28 дней),
2. Медицинскую реабилитацию (при согласии и выборе пациента):
 - в наркологическом реабилитационном стационарном отделении (срок реабилитации от 3 до 6 месяцев и больше),
 - в условиях дневного стационара (курс до 28 дней) с последующей амбулаторной реабилитацией до 90 дней с поддерживающим (противорецидивным) лечением, психокоррекцией и тест-контролем трезвости;
3. Диспансерное наблюдение у врача-психиатра-нарколога в амбулаторных условиях до достижения срока ремиссии наркологического заболевания, необходимого для снятия с учета в соответствии с действующим законодательством; с назначением при необходимости противорецидивной и поддерживающей терапии, проведением психокоррекционных занятий. Параллельно пациенту предлагается посещение групп само- и взаимопомощи «Анонимные наркоманы».

Для подтверждения того, что пациент находится в состоянии трезвости, предлагается проводить ему стационарное обследование в течение двух-трех недель один раз в 6 месяцев в течение всего периода наблюдения для уточнения качества ремиссии наркологической зависимости.

Условием прекращения проведения лечения или реабилитации согласно действующему законодательству является хотя бы двукратное нарушение режима пребывания в стационаре или амбулаторного наблюдения, после которых следует выписка пациента с указанием причины. Соответствующая информация направляется в УИИ или суд. Контроль и надзор за исполнением решения суда о прохождении альтернативного лечения от наркотической зависимости осужденному лицу осуществляется территориальным подразделением УИИ. Решение о продлении или прекращении данной обязательной меры лечения принимает суд на основании данных, полученных из УИИ и наркологической службы.

Принудительное лечение должно включать как стационарные, так и амбулаторные медицинские учреждения. Лечение должно осуществляться не только в закрытых стационарах, но также менее ограничительные условия – дневные стационары по месту жительства (главное не репрессивный аспект, а статус недобровольности и строгое следование целям этой программы), лечение путем применения адекватных методик.

Целесообразно применение системы поэтапного снижения (смягчения) ограничительных мер, перевод на принудительное лечение в менее ограничительных условиях.

Важным условием для принудительного лечения является ограничение продолжительности такого лечения, предоставить возможность пациенту перейти на добровольное лечение на любом этапе.

Принудительное лечение должно быть завершено в сроки, которые зависят от состояния больного, а не от производства суда или администрации.

Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации и иными Федеральными законами. Недостаточная полнота нормативно-правовой базы препятствует эффективной деятельности психиатров-наркологов и других специалистов, нарушает должностное взаимодействие с представителями других ведомств и служб, участвующих в осуществлении принудительного лечения.

Также необходимо разработать порядок направления обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающее наркологическую медицинскую помощь, и установить порядок и сроки диспансерного наблюдения за наркологическими больными. Разработать порядок организации деятельности лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии в структуре наркологических учреждений.

Список литературы:

1. Грачева Т.Ю. «Научно-организационное обоснование системы информационного обеспечения в негосударственных ведомственных лечебно-профилактических учреждениях» Москва 2006г., 385 с.
2. Берсенева Е.А., Седов А.А., Голухов Г.Н. «Актуальные вопросы создания автоматизированной системы лексического контроля медицинских документов» // Врач и информационные технологии. 2014. №1. С. 11-17.
3. Приказ Минздрава России от 05 июня 2014 №263 «Об утверждении концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года»
4. Грибанов Э.Д. Знаки антиалкогольной борьбы в России // Исторический вестник Московской медицинской академии им. В.М.Сеченова, т. 12, М., 2000 г.
5. Иванец Н.Н. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля: опыт и перспективы // Пособие для врачей. М., 2004г.
6. С.В. Полубинская, О.А. Макушкина. Нормативно-правовые аспекты организации амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, совершивших преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетних и страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией) // Информационное письмо, М., 2013.
7. Самусь И.В. Управление качеством медицинской помощи путем оптимизации документооборота / И.В. Самусь, О.Н. Каминская, Т.Ю. Грачева // Медицинское право. 2014 №3 С. 17-20
8. Самусь И.В. Управление медицинской организацией с использованием оптимизации организационно-методического обеспечения / И.В. Самусь, В.А. Сорокина, Т.Ю. Грачева // Медицинское право. 2014 №4 С. 24-28.

Об авторах:

Москвина Яна Владимировна – аспирант ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, врач психиатр-нарколог ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово, e-mail: medpravo2@bk.ru

Селедцов Александр Михайлович – заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Кемерово

Грачева Татьяна Юрьевна – профессор кафедры последипломной подготовки по надзору и медицинскому праву ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, доктор медицинских наук, доцент, Кемерово, e-mail: medpravo2@bk.ru

Moskvina Yana Vladimirovna – the graduate of the Kemerovo state medical University MH RF, psychiatrist-narcologist of GKUZ TO «the Kemerovo regional clinical psychiatric hospital», Kemerovo

Seledtsov Alexander Mikhailovich – head of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology Department in Kemerovo state medical University of rmph, doctor of medical Sciences, Professor, Kemerovo

Gracheva Tatiana Yurievna – Professor, Department of postgraduate supervision and medical law of the Kemerovo state medical University of rmph, doctor of medical Sciences, associate Professor, Kemerovo

© Москвина Я.В., Селедцов А.М., Грачева Т.Ю., 2017

Тимофеева М.Ю.

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ВЛИЯНИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере влияния гигиены и санитарии при некачественном оказании медицинской помощи несовершеннолетним гражданам, с целью выделения и предотвращения отдельных составляющих системы обеспечения и контроля за соблюдением норм педиатрии.

Ключевые слова: санитарное законодательство, оказание медицинской помощи, несовершеннолетние пациенты, приоритет несовершеннолетних.

Timofeeva M. Yu.

LEGAL ASPECT OF THE SANITARY-HYGIENIC STANDARDS' INFLUENCE DURING INAPPROPRIATE MEDICAL ASSISTANCE IN PEDIATRIC PRACTICE

The legislation in the industry of proper medical care teenagers, to identify and prevent the individual components of the system of assurance and control over observance of norms of pediatrics, is analyzed in this article.

Keywords: health legislation, proper medical care, teenagers, the priority of teenagers.

За последнее десятилетие в России произошли кардинальные изменения в законодательстве, регулирующем правоотношения в сфере санитарии и медицинской деятельности, и как следствие, ужесточение в требованиях к обеспечению качества медицинского обслуживания, ухода и информировании несовершеннолетних пациентов.

Но, несмотря на положительную динамику правотворчества в системе здравоохранения, нельзя умалчивать о еще существующих правовых пробелах, которые, к сожалению, влияют на качество «медицинских услуг». И здесь, на наш взгляд, основная проблема заложена не в отношениях «врач-пациент», а в самом подходе к системе здравоохранения и его участникам. По мнению экспертов, ФЗ от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 03.07.2016 г.) «О защите прав потребителей» действительно легко можно применить к медицине, но пациент не может называться и являться потребителем.

Да, в любом факте оказания «медицинских услуг» присутствует исполнитель (в лице медицинской организации) и заказчик – с полным пакетом прав на информацию; на качество товаров и услуг, только в данном случае товаром является «здоровье человека», а оно как известно – цены не имеет.

Исходя из этого, считаем, существенной проблемой – отсутствие четко разработанного понятия «некачественное оказание медицинской услуги (помощи)», которое лаконично и конкретно осветит и регламентирует не только медицинский и юридический аспект действия или бездействия медицинских работников, но и, в рамках нашего исследования – действия (бездействие) родителей и самих несовершеннолетних пациентов. Что в дальнейшем позволит экспертам составить более полное представление о клинической картине, а отдельным представителям медицинского персонала не трактовать положения законодательства более двояко.

Именно факты некачественного оказания медицинской помощи, нарушения санитарных норм и ненадлежащего ухода за больным ребенком, продолжают приводить к неблагоприятному исходу для здоровья и жизни несовершеннолетних, что по мнению клиницистов, находятся в прямой зависимости от возрастной категории пациентов и степени их социальной защищенности, не смотря на положения ч. 2 ст. 7 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», которые закрепляют приоритеты оказания медицинской помощи детям, как в экстренных случаях, так и в повседневной жизни.

Необходимо отметить, что законодатель, учитывая сложность и специфику педиатрической практики, устанавливает различные виды юридической ответственности не только за ненадлежащее оказание медицинской помощи персоналом медицинских организаций, но и за ненадлежащий уход, осуществляемый за несовершеннолетним пациентом.

К сожалению, стали обыденностью, выступления в СМИ отдельных общественных деятелей и политиков, рьяно критикующих проходящую реформу в системе здравоохранения. По их мнению, все причины данных проблем лежат в несовершенстве право-

вой сферы, сокращении детского инфекционного коечного фонда, низком профессиональном уровне медицинских работников, но ни как не в снижении уровня бытовой гигиены у граждан.

Рассматривая правовой аспект данной проблематики, необходимо подчеркнуть, что в свою очередь, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», значительно изменил не только нормативную основу взаимоотношений пациентов с представителями сферы здравоохранения, но и пошагово регламентировал вопросы нормирования условий оказания гражданам медицинских услуг и безопасность труда медицинских работников. Закрепил в ст. 23 право граждан на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию:

- о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания;
- о состоянии среды обитания;
- о рациональных нормах питания;
- о качестве безопасности продукции производственно-технологического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд;
- о потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг.

Положения аналогичной правовой нормы закреплены в абз.3 ст. 8 Федерального закона от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Федерального закона от 18 июля 2011 г. №242-ФЗ) позволяя гражданам обращаться в органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

В настоящее время, информация общего назначения доводится до пользователей (потребителей) в виде текстов в письменной форме, таблиц и графиков по сетям электронной и почтовой связи, через средства массовой информации (СМИ) в режиме регулярных сообщений или по запросам пользователей (потребителей).

Выделяется и узкопрофессиональное направление, регулирующее вопросы нормирования условий лечения граждан, труда

медицинских работников регламентируются санитарным законодательством, которое представляет собой свод федеральных законов, административных регламентов, санитарных норм, правил и методических указаний.

Действующие на сегодняшний день нормативные документы, связанные с санитарно-гигиеническим и эпидемиологическим нормированием условий осуществления лечебно-диагностического процесса, делятся на:

- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [3].
- СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 09.12.2010 №163) [4].

В первом документе всесторонне изложены и закреплены санитарно-эпидемиологические требования начиная с оборудования, систем вентиляции, водоснабжения, канализации, освещенности, набору и площадям помещений, а также к организации противоэпидемического режима и условий труда медицинского персонала в организациях, занимающихся медицинской деятельностью. В особый раздел выделены требования к условиям труда медицинского персонала и средствам их индивидуальной защиты в первую очередь от парентеральных и воздушно-капельных инфекций.

Второй документ посвящен безопасным для населения и медицинских работников методам и способам обращения с медицинскими отходами, которые вносят существенный вклад в неспецифическую профилактику парентеральных вирусных инфекций, в первую очередь гепатитов В и С и ВИЧ-инфекции [6].

Необходимо подчеркнуть, что инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются проблемой для медицинских организаций всего мира. Само понятие неспецифической профилактики ИСМП, является достаточно емким и включает организационные, технические, эпидемиологические, дезинфекционно-стерилизационные, микробиологические, санитарно-гигиенические, планировочные, клинические мероприятия [6, с. 80].

Основные профилактические мероприятия направлены на второе звено эпидемического процесса – механизмы и пути распространения инфекции (факторы передачи). Здесь доминирующую роль играют санитарно-гигиенические мероприятия, ответственность за проведение которых должна ложиться не только на медицинский персонал, но и на самих граждан в лице родителей, попечителей и самих несовершеннолетних пациентов. [6, с. 81].

Для соблюдения этих норм, на наш взгляд, законодателю необходимо дополнить определение «медицинских отходов», в ч. 1 ст. 49 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», тем самым, расширив круг участников, включив в него «потребителя», в части физиологических и биологических (отходов).

Учитывая, что в ч. 2 ст. 49 дублируется классификация медицинских отходов (разд. II СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»), считаем целесообразным, в ч. 3 ст. 49, после продублированных норм СанПиН 2.1.7.2790-10, предусмотреть схему правил сбора, обезвреживания, транспортировки, утилизации физиологических отходов, и тем самым закрепить за родственниками (попечителями) несовершеннолетних ответственность за несоблюдение профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий.

Из выше изложенного, можно сделать вывод, что нормативные документы в системе здравоохранения и смежных с ней отраслей, в целом, всесторонне закрепляют и защищают с правовой точки зрения жизнь и здоровье не только несовершеннолетних, но и всех категорий граждан (потребителей).

Однако, согласно данным «Российского статистического ежегодника 2015 года», проблема смертности, и в особенности детской, в нашей стране не теряет своей актуальности [2, с. 93].

По мнению, клиницистов, основными (существенными) причинами, приводящими к неблагоприятным последствиям для маленьких пациентов, является с одной стороны – не выполнение отдельными медицинскими сотрудниками своих должностных обязанностей, и не соблюдение, порой элементарных, санитарно-эпидемиологических норм их родителями с другой [1, с. 3-9].

На основе материалов судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских ра-

ботников, личного опыта участия в работе экспертных комиссий, а также обобщения материалов следственно-судебной практики профессором Ю.Д. Сергеевым был составлен дифференцированный примерный перечень основных, наиболее часто встречающихся в педиатрической деятельности обстоятельств, приводящих к ненадлежащему оказанию лечебно-профилактической помощи несовершеннолетним [5, с. 434-435].

В современной практике ведущими являются:

- ненадлежащий патронаж на дому за детьми раннего возраста и детьми-инвалидами;
- не распознавание симптоматики ургентной патологии;
- отказ родителями от прививочных мероприятий детей без объективной медицинской причины;
- недостаточный контроль за лечением ребенка на дому, а иногда и полное его отсутствие;
- недостаточный контроль соматического состояния детей из группы риска и детей-инвалидов;
- несвоевременное исполнение врачебных назначений и рекомендаций (прием лекарственных средств, диетотерапия, уход и санитарная обработка домашних помещений)
- отсутствие коррекции лечения при неэффективной терапии и последующая преждевременная выписка (из стационара, или амбулаторного лечения);
- нарушение правил оказания медицинской помощи детям, пострадавшим от несчастных случаев;
- недостаточное информирование родителей о правилах и нормах ухода за младенцем на первом патронаже;
- не рациональное назначение объемов и видов вскармливание ребенка/ исполнение методик вскармливания;
- не соблюдения личной гигиены и «гигиены кормления» матерью;
- не умышленное инфицирование матерью ребенка в процессе кормления и взаимоотношения (отсутствие индивидуальных приборов питания, личной гигиены, комплектов белья).

Перечисленные обстоятельства (факторы риска) могут привести к наступлению негативных последствий для здоровья несовершеннолетних, а в некоторых случаях стать причиной летального исхода.

Действия медицинского персонала в подобных случаях попадают под определение казуса – невиновного причинения вреда (ст. 28 УК РФ) и выступают своеобразным фоном осуществления ненадлежащих действий медицинского персонала, хоть и обусловлены причинами субъективного характера.

Для предотвращения подобных ситуаций, на наш взгляд необходимо:

- расширить целенаправленную работу с проблемными семьями, с целью предотвращения поздней диагностики и госпитализации,
- дополнить положения ст. 69 Семейного кодекса РФ (абзац в ред. Федерального закона от 30 декабря 2015 г.) о лишении родительских прав не только за совершение умышленного преступления против жизни или здоровья своих детей, но и в случае ненадлежащего исполнения ими своих обязанностей по воспитанию и уходу за ребенком, если их действия (бездействия) повлекли неблагоприятные последствия для развития и здоровья малолетних и несовершеннолетних (с учетом не соблюдения санитарно-гигиенических норм жилого помещения и личной гигиены).
- закрепить личную ответственность родителей несовершеннолетних за несоблюдение норм ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», регулирующих обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
- ужесточить требования по отбору родителей-воспитателей детских домов семейного типа (ДДСТ), введя обязательным критерием для одного из супругов наличия медицинского образования.

Список литературы:

1. Ваганов Н.Н. Роль детских стационаров в снижении младенческой смертности в России от инфекционных заболеваний //Научно-практический журнал Детская больница 2013 №1 (51). С. 3-9
2. Российский статистический ежегодник.2015: Стат. сб. / Росстат. Р76 М., 2015. С. 93.
3. СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

4. СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»
5. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С.И., Каменская Н.А. Правоведение. Медицинское право: М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. С. 434.
6. Храпунова И.А. Методы неспецифической профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и нормативная санитарно-эпидемиологическая база // Медицинский альманах. Эпидемиология и гигиена. 2014. №4 (34) октябрь С. 80-81.

Об авторе:

Тимофеева Маргарита Юрьевна – ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета, Москва, e-mail: Timofeevainfo@mail.ru

Timofeeva Margarita Yrievna – Sechenov First Moscow State Medical University Senior Lecturer of the Medical Law Chair, Moscow

© Тимофеева М.Ю., 2017

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

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

ПИСЬМЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА В СУДЕБНОМ ПРОЦЕССЕ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье рассмотрены потребности правосудия по гражданским делам в связи с причинением вреда здоровью при оказании медицинских услуг.

Ключевые слова: правосудие, суд, вред здоровью, медицинские услуги.

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

WRITTEN PROOFS IN TRIAL ABOUT INFLICTION OF HARM TO HEALTH WHEN RENDERING MEDICAL SERVICES

The article deals with the needs of justice in civil cases in connection with personal injury in the provision of medical services.

Keywords: justice, court, personal injury, medical services.

Дела о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, по общему правилу, содержат огромный массив доказательств, представляемых в письменной форме, в том числе письменных доказательств – актов, договоров, справок, материалов личной и официальной корреспонденции, иных документов и сведений, изложенных на материальном носителе, судебных документов, закрепляющих совершенные судом процессуальные действия, и постановлений суда (приговоров, решений, определений).

Оценка доказательств – определение допустимости, относимости, достоверности, значения (силы) каждого доказательства и достаточности их совокупности для установления обстоятельств, входящих в предмет доказывания. В соответствии со ст. 67 ГПК РФ суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и не-

посредственным исследовании имеющихся в деле доказательств. При этом суд оценивает относимость, допустимость, достоверность каждого доказательства в отдельности, а также достаточность и взаимную связь доказательств в их совокупности.

Установлено отличие **письменных** доказательств от других средств доказывания, представленных в письменной форме. Отличительная особенность письменного доказательства, в частности документа, заключается в том, что с того момента, как он составлен соответствующим образом, никакие другие обстоятельства субъективного или объективного характера не могут влиять на содержание сведений, указанных в документе. Если же документ был подвергнут внешнему воздействию (подчистка слов или предложений, оторван один из листов, зачеркнуто слово или проявлены другие внешние признаки, которые ставят под сомнение подлинность документа), он должен быть отнесен не к письменному, а к вещественному доказательству. В отличие от письменных доказательств вещественные доказательства подтверждают относящиеся к делу обстоятельства внешними признаками, но не выраженными на них мыслями, содержащими нужные сведения. Следует четко различать свойства, присущие письменным и вещественным доказательствам, так как они представляют собой два самостоятельных средства доказывания, в связи, с чем неодинаков порядок их выявления, исследования и оценки [1, с. 10; 2, с. 55; 3, с. 102; 12, с. 78].

Письменные доказательства отличаются также от заключений экспертов, представляемых в суд в письменной форме. Это два самостоятельных вида доказательств. Заключение эксперта составляется в письменном виде, в нем подробно излагается весь ход исследования, и даются научно обоснованные ответы на поставленные вопросы. Источник этого вида доказательств – эксперт с его специальными познаниями в той или иной области.

Письменные доказательства имеют ряд отличий от такого вида доказательств, как объяснения сторон и третьих лиц, данные в письменной форме. Следует учитывать, что не все объяснения сторон и третьих лиц являются доказательствами, а только те сведения, которые содержат фактические данные, имеющие существенное значение по делу. Так как стороны – это юридически заинтере-

ресованные лица, их объяснения следует тщательно проверять и сопоставлять с другими доказательствами. Следовательно, суд при разрешении гражданско-правового спора должен стремиться к тому, чтобы была обеспечена явка сторон, так как стороны могут изменить свои объяснения, которые были даны ими ранее в письменной форме. Свидетельские показания, в отличие от других личных доказательств, могут быть только в форме устного личного сообщения фактических данных, ставших известными свидетелю из личных наблюдений. Свидетельские показания в письменной форме могут приниматься судами во внимание, только в случаях, когда свидетелю необходимо воспользоваться материалом, трудным для запоминания (например, цифры).

Средства доказывания как процессуальную форму письменных доказательств нельзя отождествлять с их источниками. Источники доказательств есть объекты материального мира, запечатлевшие информацию о фактах. Ими могут быть люди (стороны, третьи лица; свидетели, эксперты) либо вещи. Источник доказательств отвечает на вопрос о том, откуда получено сведение, а процессуальная форма доказательств – каким образом сведения вовлечены в судебный процесс и доведены до сведения суда. Средства доказывания и источники доказательств – различные понятия [12, с. 86].

Разработана категория необходимых письменных доказательств и сформулировано их содержание: таковыми являются указанные в нормах материального или процессуального права носители письменной или иной знаковой информации, имеющие существенное значение для дела, которые должны быть в обязательном порядке представлены в суд лицами, участвующими в деле, а при невозможности их представления – истребованы судом по ходатайству лиц, участвующих в деле, или по своей инициативе. Подвергается сомнению категоричность положений ч. 2 ст. 67 ГПК РФ и ч. 5 ст. 71 АПК РФ о том, что никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы – именно необходимые доказательства, перечень которых устанавливается в законе как обязательный, должны обладать заранее установленной силой доказательств, без наличия которых суд не может разрешить дело по существу.

Следует отметить, что результат исследования и оценка доказательств – суть разные вещи. **Исследование** – процесс выработки новых знаний, характеризуется объективностью, воспроизводимостью, доказательностью, точностью; имеет два уровня эмпирический и теоретический. **Оценка** – соотнесение объекта с принятым критерием, образцом или нормой. Оценка возможна в результате исследования. Исследование позволяет произвести оценку.

Теория доказательств, должна позволить регламентировать правоприменительную деятельность, ограждая от произвола конкретного правоприменителя, и, одновременно, оставляя свободу для исследования юридического факта и принятия обоснованного, справедливого и законного решения.

Именно результат исследования доказательств – их оценка – должен, во-первых, позволить признать доказательную силу имеющихся доказательств (по соответствующим признакам допустимости, относимости, достоверности, достаточности и т.д.); во-вторых, иметь такие критерии, которые позволяют произвести саму такую оценку доказательств, делая ее обоснованной; в-третьих, привести к единственно возможному, однозначному правоприменительному выводу.

Оценка доказательств по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг имеет свою специфику. Эта специфика зачастую заставляет усомниться в доказательной силе доказательств и придавая дополнительную доказательную силу доказательственным фактам. Так, мнение специалиста в процессе может быть истинным, а выводы судебно-медицинской экспертизы – ложными, заключение судебно-медицинских экспертов, будучи необоснованным, может быть не подвергнуто необходимому сомнению судом и, напротив, поставлено под сомнение специалистом, привлеченным к участию в процессе, и т.д.

В этой связи, по нашему мнению, привлечение специалистов в процесс по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является обязательным. Более того, обязательным – в силу неоднородности потребностей суда удостовериться в доказательной силе доказательств по делу – является привлечение разных специалистов:

- поскольку это дела о пороках практической профессиональной деятельности, необходимо привлечение практиков-клиницистов как осуществляющих такую деятельность;
- поскольку объектом сомнения является заключение судебно-медицинской экспертизы, необходимо привлечение не участвовавшего в ее производстве судебно-медицинского эксперта как своего рода эксперта в выводах экспертов;
- поскольку предметом сомнения является правовая характеристика доказательной силы заключения судебно-медицинской экспертизы как акта профессиональной медицинской оценки профессиональной медицинской деятельности, необходимо привлечение сведущего в медицине профессионального юриста как специалиста медико-юридического профиля [2, с. 54; 4, с. 22; 5, с. 5; 6, с. 6; 7, с. 6; 8, с. 25; 9, с. 82; 10, с. 39; 11, с. 6; 12, с. 131].

Таким образом, оценка доказательств как результат их исследования становится двухуровневым: предварительная оценка специалистом и заключительная оценка судом.

Список литературы:

7. Баринов Е.Х., Родин О.В., Ромодановский П.О., Тихомиров А.В. К вопросу о правовой оценке выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам, связанных с оказанием медицинских услуг // Проблемы экспертизы в медицине. 2010. №3-4. С. 9-11
8. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Выводы судебно-медицинской экспертизы как надлежащее доказательство в суде // Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. №2. С. 54-63.
9. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Оценка профессиональных ошибок медицинских работников // Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. №4. С. 100-105.
10. Баринов Е.Х., Косухина О.И., Сухарева М.А., Ромодановский П.О. Выводы судебно-медицинской экспертизы и соответствие их законным интересам сторон // Проблемы экспертизы в медицине. 2011. №1-2. С. 21-23.
11. 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.
12. 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.

13. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами // Медицинская экспертиза и право. 2010. №6. С. 5-7.
14. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Проблемы судебно-медицинских экспертиз, проводимых в рамках гражданского процесса // Медицинское право. 2011. №6. С. 25-30.
15. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам проблемы и перспективы // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. №8. С. 80-89.
16. Ромодановский П.О., Тихомиров А.В., Баринов Е.Х., Косухина О.И. Обоснованность судебно-медицинских экспертиз в гражданском процессе залог объективного разрешения конфликта // Власть. Человек. Закон. 2009. №8 С. 38-43.
17. Ромодановский П.О., Беляева Е.В., Баринов Е.Х. Некоторые процессуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы в рамках уголовного и гражданско-правового законодательства // Проблемы экспертизы в медицине. 2010. №3-4. С. 5-9.
18. Тихомиров, А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2008. 165 с.

Об авторах:

Баринов Евгений Христофорович – ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, доцент, доктор медицинских наук, Москва, e-mail: Ev.barinov@mail.ru

Косухина Оксана Игоревна – ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, ассистент кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, кандидат медицинских наук, Москва

Ромодановский Павел Олегович – ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук, Москва

Barinov Evgeny Hristoforovich – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, professor of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, the associate professor, the doctor of medical sciences, Moscow

Kosukhina Oksana Igorevna – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, the assistant to department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, the candidate of medical sciences, Moscow

Romodanovsky Pavel Olegovich – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, the head of the department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, professor, the doctor of medical sciences, Moscow

© Баринев Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О., 2017

Красюк С.В., Павлова Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЖИЗНИ И (ИЛИ) ЗДОРОВЬЮ НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена анализу российского законодательства, определяющего порядок и условия компенсации морального вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи. Проанализирована судебная практика, обосновывающая особенности компенсации морального вреда при рассмотрении дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Ключевые слова: возмещение морального вреда; судебная практика, медицинский работник, медицинская организация, ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Krasyuk S. V., Pavlova J. V.

PECULIARITIES OF COMPENSATION OF MORAL HARM IN LIVING HARM LOSS AND (OR) HEALTH WITH UNAUTHORIZED PROVISION OF MEDICAL CARE

The article is devoted to the analysis of the Russian legislation that determines the procedure and conditions for compensation for moral harm in the event of inadequate medical care. Judicial practice is analyzed, which justifies the peculiarities of compensation for moral harm in cases involving improper provision of medical care.

Keywords: compensation of moral damage; judicial practice, medical worker, medical organization, inadequate medical care.

В современных условиях проблемы, связанные с судебной практикой по искам о компенсации морального вреда, являются одними из самых актуальных как для всей системы здравоохранения, так и для медицинских организаций и медицинских работников.

Наверное, нет такого человека, который не сталкивался бы с тем, что ему или близким, или его знакомым был поставлен неверный диагноз, назначено неверное лечение, проведена неудачная операция. Случаи ненадлежащего оказания (неоказания медицинской помощи) все чаще являются предметом для обсуждения в средствах массовой информации, зачастую с искажением, неправильной оценкой произошедшего, что негативно отра-

жается на репутации медицинского работника и медицинской организации.

И если с возмещением материального ущерба пациенту вопрос более или менее урегулирован, то как быть с душевной болью, моральными страданиями его или его близких, которые нельзя измерить привычными для нас мерками? Этот вопрос является дискуссионным по сей день. Несмотря на имеющуюся фундаментальную законодательную базу, институт компенсации морального вреда вызывает массу вопросов и разночтений, а проблемы компенсации морального вреда в правоприменительной практике до настоящего времени не нашли единого подхода.

Основная проблема заключается в самостоятельности компенсации морального вреда как института гражданско-правовой ответственности. Традиционный гражданско-правовой принцип возмещения убытков в полном объеме не распространяет свое действие на компенсацию морального вреда. В каждом конкретном случае объем и размер компенсации морального вреда подлежит самостоятельной оценке и взысканию, исходя из конкретных обстоятельств дела.

Но помогут ли деньги человеку, который испытал страх, боль, душевные страдания? Ведь воспоминания о случившемся навсегда останутся в его памяти. Моральный вред – это особая категория вреда, заключающаяся в невосполнимом нарушении здоровья, время проявления которого и возможные последствия предсказать невозможно.

Согласно статье 151 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) под моральным вредом подразумеваются, в частности, физические или нравственные страдания, испытываемые гражданином вследствие действий, нарушающих его личные неимущественные права или умаляющих иные его нематериальные блага.

Применимо к медицинской деятельности, такими нематериальными благами являются жизнь и здоровье, которым может быть нанесен вред, вследствие ненадлежащих действий (оказания услуг ненадлежащего качества) медицинского работника или медицинской организации.

В сфере медицинской деятельности существует огромное множество рисков, как для пациентов, так и для врачей. В частности, основанием для удовлетворения иска о компенсации морального вреда могут быть нравственные переживания в связи с утратой родственника вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, раскрытие семейной, врачебной тайны; физическая боль, связанная с повреждением здоровья и т.д. [1, с. 13-14].

При определении размера компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред (статья 151 ГК РФ).

Примером может служить Апелляционное определение СК по гражданским делам Самарского областного суда от 04 октября 2016 г. по делу №33-13261/2016).

Из материалов дела следует, что в родильный дом ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А. Семашко» поступила мать малолетнего истца – Илюйкина Т.А. для проведения кесарева сечения. Врач дала указание медицинской сестре-анестезиологу выполнить Илюйкиной Т.А. инъекцию препарата Трамадол 50 мг/мл. – 2 мл. внутримышечно на фоне продолжавшегося действия обезболивающего препарата Маркаин, использованного ею ранее в максимально допустимой дозировке, не учитывая, что согласно инструкции к препарату Трамадол, одним из побочных действий этого препарата со стороны сердечно-сосудистой системы является коллапс. Вследствие чего констатируется смерть пациентки от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Между смертью Илюйкиной Т.И. и дефектом оказания медицинской помощи, выразившимся во введении лекарственного препарата (Трамадола) без достаточных медицинских показаний, прослеживается наличие причинно-следственной связи.

Суд, в своем решении отметил, что смертью матери ребенка причинены физические, нравственные и душевные страдания, вызванные потерей самого близкого и самого любимого по жизни человека – матери. Малолетний истец – Илюйкин Е.Д. остался

без материнской любви на всю жизнь. После смерти матери, состояние здоровья ребенка существенно ухудшилось, он перестал нормально есть и спать, находится в непрерывном подавленном, апатичном и депрессивном состоянии, его мучают кошмары, головные боли, панически атаки.

С учетом указанного судебная коллегия находит, что суд первой инстанции пришел к правильному выводу о необходимости удовлетворения иска – взыскании с ответчика в пользу истца – Илюйкина Е.Д., в лице его законного представителя, в счет компенсации морального вреда – 1 000 000 рублей и взыскании с ответчика в доход соответствующего бюджета государственной пошлины.

Поскольку гражданин, вступая в правоотношения с медицинской организацией, надеется на получение медицинских услуг надлежащего качества, в случае причинения ему морального вреда применимой также является статья 15 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей». Согласно этой статье, моральный вред, причиненный гражданину вследствие нарушения его потребительских прав, подлежит компенсации причинителем вреда при наличии его вины. Размер компенсации морального вреда определяется судом и не зависит от размера возмещения имущественного вреда.

В целях обеспечения единства судебной практики и законности при применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина, Пленум Верховного Суда Российской Федерации дал соответствующие разъяснения в своем Постановлении от 26 января 2010 г. №1 (далее – Постановление Пленума).

Согласно пункту 11 Постановления Пленума установленная статьей 1064 ГК РФ презумпция вины причинителя вреда предполагает, что доказательства отсутствия его вины должен предъявить сам ответчик. Потерпевший представляет доказательства, подтверждающие факт увечья или иного повреждения здоровья, размер причиненного вреда, а также доказательства того, что ответчик является причинителем вреда или лицом, в силу закона обязанным возместить вред.

Презумпция вины причинителя вреда отражена в Определении Верховного Суда РФ от 28.06.2016 г. №77-КГ16-3.

Верховный Суд РФ рассмотрел кассационную жалобу пациента, которому суды первой и второй инстанций отказали во взыскании компенсации морального вреда с городской больницы. Моральные страдания, по заявлению истца, происходили из-за ошибочно поставленного ему диагноза (ВИЧ-инфекция). Впоследствии этот диагноз не подтвердился, однако успел стать причиной серьезных ссор с женой, кроме того, о диагнозе стало известно другим его родным, а также соседям. Моральные страдания пациент оценил в 1 млн. руб. Верховный Суд, рассмотрев материалы дела, не согласился с нижестоящими судами из-за следующего. Факт причинения истцу нравственных страданий сообщением ему о постановке диагноза «ВИЧ-инфекция» является очевидным. При этом материалами дела достоверно установлено, что ошибочный диагноз был поставлен пациенту не в результате ложноположительного тестирования, а вследствие поступления на исследование чужого образца крови, маркированного его фамилией. Согласно ст. 1064 ГК РФ ответственность за причинение вреда возлагается на лицо, причинившее вред, если оно не докажет отсутствие своей вины, а согласно разъяснению Пленума ВС от 26.01.2010 №1 установленная ГК РФ презумпция вины причинителя вреда предполагает, что доказательства отсутствия своей вины должны представить сами ответчики.

Следовательно, апелляционная инстанция необоснованно возложила обязанность по доказыванию вины ответчиков на истца, требуя доказательств вины медиков, чьи неправильные или некомпетентные действия привели к постановке ошибочного диагноза.

Необходимо также отметить, что в правоприменительной практике часто встречаются решения об удовлетворении исков о компенсации морального вреда вне зависимости от вины медицинской организации, что создает дополнительные правовые риски при осуществлении медицинской деятельности. Так, с силу статьи 1079 ГК РФ вред, причиненный жизни или здоровью граждан деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих (источником повышенной опасности), возмещает-

ся владельцем источника повышенной опасности независимо от его вины. По смыслу статьи 1079 ГК РФ источником повышенной опасности следует признать любую деятельность, осуществление которой создает повышенную опасность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека. Например, использование в медицинских целях томографов или робототехники [2, с. 114].

Как следует из разъяснений пункта 19 Постановления Пленума, под владельцем источника повышенной опасности следует понимать в частности, медицинскую организацию или индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой. Медицинский же работник, управляющий данным источником повышенной опасности в силу исполнения своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей на основании трудового договора, не будет являться субъектом ответственности по смыслу указанной статьи.

Значимым также является однозначный вывод Пленума Верховного Суда о том что при решении судом вопроса о компенсации потребителю морального вреда достаточным условием для удовлетворения иска является установленный факт нарушения прав потребителя, что неоднократно отражается в судебной практике (Апелляционное определение СК по гражданским делам Верховного Суда Республики Татарстан от 12 марта 2015 г. по делу №33-2652/2015):

Поскольку потерпевший в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях испытывает физические или нравственные страдания, факт причинения ему морального вреда предполагается. Установлению в данном случае подлежит лишь размер компенсации морального вреда (пункт 32 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26 января 2010 года №1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»).

Анализ правоприменительной практики также показывает, что доказанный факт нарушения прав пациента при оказании медицинской помощи (даже при отсутствии прямой причинно-следственной связи между действиями медицинских работ-

ников и наступившими негативными последствиями для здоровья пациента) всегда расценивается судами как основание для удовлетворения исков о компенсации морального вреда. Исходя из конкретных обстоятельств дела рассмотрению подлежит лишь сумма удовлетворенного иска.

Примером может служить Апелляционное определение СК по гражданским делам Хабаровского краевого суда от 23 сентября 2015 г. по делу №33-5459/2015:

Оценив собранные по делу доказательства в совокупности, судебная коллегия полагает, что содержание информационного добровольного согласия на лечение, которое находится в медицинской карте, не позволяет сделать однозначный и достоверный вывод о том, что до пациентки была доведена в полной и доступной форме информация об особенностях, связанных с предстоящим медицинским вмешательством. Судебная коллегия считает, что полнота и достоверность информации подобного рода, изложенной в доступной для пациента форме, является неотъемлемым условием своевременного квалифицированного обследования и лечение пациента, и, в конечном итоге влияет на качество оказанной медицинской помощи в целом.

При таком положении, судебная коллегия приходит к выводу, что совокупностью исследованных судом доказательств подтверждается, что в полном объеме требования закона о необходимости предоставить истцу надлежащую информацию о предстоящем лечении ответчиком не выполнены, что служит основанием для удовлетворения иска о возмещении материального ущерба, компенсации морального вреда, неустойки, штрафа в размере 50% от суммы удовлетворенного иска за нарушение права потребителя.

Если гражданину отказано в возмещении морального вреда в судебном порядке, и он исчерпал все возможности для защиты своих прав, предусмотренные российским законодательством, он может обратиться в Европейский Суд по правам человека (далее – Европейский Суд).

Так поступил, в частности, гражданин А. Лавров (Постановление Европейского Суда по правам человека от 1 марта 2016 г. Дело «Андрей Лавров (Andrey Lavrov) против Российской Федерации»).

Заявитель утверждал, что медицинская помощь, которую он получал в заключении, была крайне неэффективной и повлекла неуклонное ухудшение состояния его здоровья (в период отбывания наказания у него диагностирована прогрессирующая неходжкинская лимфома). Заявитель подчеркнул, что он тяжело болен, и его болезнь угрожает его жизни. Лимфома быстро прогрессировала, перейдя из стадии III В в критическую стадию IV В всего лишь за три месяца. Заявителю были необходимы курсы химиотерапии и радиотерапии, специальное лечение для пациента в его состоянии. Однако это лечение не было ему обеспечено, поскольку, как следовало из показаний врача Б., данных в открытом судебном заседании, а также из выводов областного суда, тюремная больница не располагала необходимым оборудованием или лекарствами для проведения лечения.

Европейский Суд согласился с тем, что заявитель был оставлен без медицинской помощи, необходимой при его заболеваниях. Заявитель не получал лечение от рака, а медицинское наблюдение, предоставленное ему, было недостаточным для поддержания его здоровья. Кроме того, отсутствовала тщательная оценка его состояния здоровья. Медицинский персонал тюремной больницы не принял мер в связи с быстрым развитием его болезни.

Своим решением Европейский Суд обязал Российскую Федерацию в течение трех месяцев выплатить заявителю, в частности, двадцать тысяч евро, а также любой налог, подлежащий начислению на указанную сумму, в качестве компенсации морального вреда.

Таким образом, как российская судебная практика, так и практика Европейского Суда позволяют сделать вывод о том, что, если гражданин действительно столкнулся с причинением ему моральных страданий, он сможет добиться их компенсации. И хотя не всегда ситуацию можно исправить, человек не будет ощущать себя абсолютно беспомощным в сложившихся обстоятельствах, а медицинская организация и медицинский персонал – безнаказанными и неподсудными.

Современная медицина в своем развитии шагнула далеко вперед. Для диагностики и лечения используются новейшие достижения науки и техники, которые призваны минимизировать

количество врачебных ошибок, но врачи – не боги. А это значит, что риски, связанные с причинением физического и морального вреда жизни и здоровью граждан, сохраняются. Поэтому одной из основных задач современной медицины, на мой взгляд, является сведение этих рисков к минимальным значениям.

Список литературы:

1. Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В., Хлудов Е.Ю. Конституционно-правовые аспекты компенсации морального вреда // Медицинское право. 2016. №4. С. 13-14.
2. Гражданско-правовая ответственность медицинских организаций «Без вины»: особенности правоприменительной практики // Актуальные вопросы судебной медицины и медицинского права: Материалы научно-практической конференции с международным участием. 11 марта 2016 г. С. 114.
3. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // Собрание законодательства РФ. 04.08.2014 г. №31. Ст. 4398.
4. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) (часть первая) // Российская газета от 8 декабря 1994 г. №238-239.
5. 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.
6. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 года №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, сентябрь 2012 г., №9.
7. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26 января 2010 г. №1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, март 2010 г., №3.

Об авторах:

Красюк Светлана Владимировна – студентка 1 курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Krasyuk Svetlana Vladimirovna – the first year student Medical Faculty Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow

Pavlova Julia Vladimirovna – Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), assistant professor of the Chair of Medical Law, PhD, Moscow

© Красюк С.В., Павлова Ю.В., 2017

Кузнецов С.В., Кузнецова А.А.

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОРЯДКОВ И СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА

Статья посвящена вопросу адекватного использования стандартов и порядков оказания медицинской помощи, утверждаемых Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, для решения задач уголовного судопроизводства. Как итог убедительно обосновано, что, несмотря на попытки стандартизации медицинской деятельности, сегодня единственным путем достижения цели эффективного расследования уголовных дел в отношении профессиональных деяний медицинских работников является индивидуальный подход к каждому случаю.

Ключевые слова: недостатки оказания медицинской помощи; порядки оказания медицинской помощи; стандарты медицинской помощи; вред здоровью.

Kuznetsov S.V., Kuznetsova A.A.

TO USING ORDERS AND STANDARDS OF RENDERING OF MEDICAL AID FOR THE PURPOSES OF CRIMINAL PROCEEDINGS

The article focuses on the adequate use of standards and orders of medical care approved by the Orders of the Ministry of health of the Russian Federation for the decision of tasks of criminal proceedings. As a result convincingly proved that, despite attempts at standardization of medical activities, today the only way to achieve the goal of effective investigation of criminal cases concerning professional acts of medical workers is the individual approach to each case.

Keywords: disadvantages of medical care; orders of rendering medical care; standards of medical care; harm to the health.

Отсутствие «внятной» нормативно-правовой базы по проблемам медицинских правонарушений не случайно, так как стандартизация работы в этом направлении идет в противоречие с рядом медицинских принципов эффективного осуществления лечебно-диагностического процесса, не поддающихся «приведению к общему знаменателю». Учитывая, что большая часть медицинской деятельности осуществляется в динамичных условиях (то есть последние могут изменяться как в длительном интервале времени, так и в период отдельно взятого оказания медицинской помощи), то вопрос тотальной стандартизации медицинской деятельности в целом не будет решен никогда.

Ведомственные подзаконные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации, в большинстве своем не содержат «интересующие» следствие нормы проведения тех или иных медицинских манипуляций. И в этом нет ничего «противоестественного», так как в современных условиях коммерциализации медицинской сферы (приведшей к созданию новых условий, в которых приходится функционировать лечебным учреждениям государственного здравоохранения) [3, с. 3] вся нормативно-правовая база по регулированию процесса оказания медицинской помощи (услуг) создается не для решения уголовно-правовых задач, а прежде всего для экономической цели более адекватного расходования денежных средств по системе обязательного медицинского страхования. Так, например, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 года №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в основном касается не организационных положений оказания медицинской помощи как таковой, а порядка организации работы персонала и оснащения отдельных структурных подразделений лечебных учреждений. Другим примером может быть Приказ Министерства здравоохранения РФ от 11 марта 2013 года №121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях», который также не раскрывает (вопреки названию) никаких конкретных стандартизированных положений. Несмотря на свое громоздкое наименование, данный Приказ закрепляет лишь перечень медицинских услуг, которые должны организовываться и выполняться, а также то, что деятельность по их оказанию подлежит лицензированию.

Исторически процесс разработки и правоприменения стандартов в медицинской практике нашей страны был инициирован Приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 16 октября 1992 года №277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации» (вместе с Временным положением «О медицинских стандартах (нормативах) в системе медицинского страхования»). В данном Приказе приведена классификация стандартов по административно-территориальному принципу (государственные, территориальные, международные), по профессиональному принципу (диагностические, лечебно-технологические, стандарты качества лечения, медико-экономические, медико-технологические, профессиональные и научно-медицинские). В пункте 9 указано, что «Стандарты описывают минимальные и достаточные условия того или иного вида деятельности». При всем этом документ официально опубликован не был – в силу не вступил.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 августа 2008 года №410н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» определен порядок организации работы по разработке порядков и стандартов оказания медицинской помощи, а также структура этих документов. Однако текст приказа также официально опубликован не был.

Действующим нормативно-правовым актом высшей юридической силы в отношении стандартизации медицинской деятельности является Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Несмотря на то, что в пункте 1 статьи 37 (Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи) декларируется, что «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», пункт 4 этой же

статьи также прямо указывает, что: «Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения» того или иного медицинского воздействия, а пункт 5 допускает «Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

Беря во внимание несовершенство действующих нормативно-правовых актов по разработке порядков и стандартов оказания медицинской помощи, а также отсутствие однозначного указания на то, что же под ними конкретно подразумевается (лишь недействующий приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 16 октября 1992 года №277 указывает, что «Стандарты описывают минимальные и достаточные условия того или иного вида деятельности») имеется правовой вакуум в вопросах правоприменения имеющихся порядков и стандартов, отступление от которых к тому же предусматривается Законом.

Учитывая вышеописанное представляется, что в системе уголовного судопроизводства эти стандарты и порядки должны иметь для судебно-следственного работника ознакомительно-рекомендательный характер. Иными словами, принимая во внимание, что указанные порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации отдельно по каждому из видов основных патологий (заболеваний) и содержат в себе основной обязательный минимум действий медицинских работников по оказанию медицинской помощи в зависимости от профиля патологии (заболевания) и категории граждан, для следователя не должно пройти незамеченным значительно меньшее выполнение медицинских вмешательств по тому или иному профилю деятельности, чем указано в соответствующем стандарте и (или) порядке. Вместе с этим в отдельных случаях, где высока специфика медицинской деятельности (например, ввиду индивидуальности организма пациента или по жизненным показаниям), замещение того или иного меди-

цинского воздействия другим либо же отступление от какого-либо порядка и (или) стандарта, изолировано само по себе не должно самостоятельно рассматриваться судебно-следственным работником как ненадлежащее медицинское деяние. Поэтому в таких неочевидных ситуациях решение вопроса о том, оказывалась ли медицинская помощь надлежащим или ненадлежащим образом, должно быть осуществлено судебно-экспертным порядком [4, с. 35].

Сегодня в системе Бюро судебно-медицинских экспертиз Министерства здравоохранения Российской Федерации считается, что базовым методом производства судебно-медицинской экспертизы оказания медицинской помощи является сравнение этапов лечебно-диагностического процесса, имевшего место в интересующем следствии случае, с нормативно-правовыми актами, регламентирующими правила оказания медицинской помощи больным (стандарты и порядки оказания медицинской помощи, утверждаемые Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации) [5, с. 146].

На наш взгляд бездумное (без опоры на фундаментальные медицинские теоретические основы и сложившуюся современную врачебную практику) применение указанных стандартов и порядков при производстве судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи и, как итог, при последующей судебно-следственной оценке ненадлежащих профессиональных медицинских деяний (выполняемой, как правило, без должной критичности) является недопустимым:

Во-первых, стандарты и порядки оказания медицинской помощи являются хоть и ведомственными, но все же нормативно-правовыми актами, особенности правоприменения которых лежат в сфере юридической оценки (в области использования юридических знаний). Компетентные судебно-медицинские эксперты и юристы сходятся во мнении, что выводы судебно-медицинских экспертов не должны содержать правовую оценку, но они должны позволить такую оценку сделать [1, с. 5]. Этот нюанс экспертного познания известен давно и стоит в ряду других основополагающих требований к экспертным выводам: последние должны основываться на объективных критериях, быть научно обоснованными, мотивированными, общепонятными, конкрет-

ными, полными, а главное в свете обсуждаемого вопроса – не выходить за пределы компетенции эксперта [2, с. 82]. Только такие выводы могут быть использованы как доказательства в уголовном судопроизводстве. Таким образом, прямая ссылка в экспертизе на использование судебно-медицинскими экспертами указанных порядков и стандартов потенциально может быть расценена судом как вторжение в юридическую сферу вопроса, то есть в конечном итоге заключение эксперта может быть признано недопустимым доказательством по принципу нарушения пределов компетенции врачом – судебно-медицинским экспертом (в случаях отсутствия у последнего юридического образования).

Во-вторых, как показал проведенный правовой анализ, стандарты и порядки оказания медицинской помощи, утверждаемые Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, разрабатываются в первую очередь с целью экономии финансирования, выделяемого Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС). При этом следует еще раз отметить, что в медицине, как, пожалуй, ни в одной другой отрасли, нормативной регламентацией могут быть охвачены далеко не все стороны профессиональной деятельности. Существующие в медицинских науках правила и методы профилактики, диагностики, а также лечения заболеваний отражают уровень состояния медицины на определенном этапе ее развития. Поэтому в процессе современной лечебно-диагностической деятельности устаревшие способы отвергаются, существующие методики видоизменяются, а также вырабатываются новые медицинские манипуляции, что делает весь процесс стандартизации практической медицины нестабильным. Кроме того, стандарты медицинской помощи имеются далеко не по всем нозологическим формам заболеваний (патологий). Не стоит забывать также и то, что лимиты денежных средств, выделяемых ФФОМС, не одинаковы для различных регионов Российской Федерации, что создает юридический парадокс: уголовный кодекс единообразно действует на всей территории нашей страны, а стандарты оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации могут отличаться друг от друга. Выходит, что в одних регионах деяния врачей будут подпадать под уголовную квалификацию, а в других – нет.

Список литературы:

1. Баринев Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами // Медицинская экспертиза и право. 2010. №6. С. 5-7.
2. Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (вопросы теории и практики). Свердловск, 1988. 112 с.
3. Кузнецов С.В. Возмещение вреда здоровью от ненадлежащей медицинской деятельности. Вопросы внедоговорных обязательств. Саарбрюккен (Германия): изд-во LAP, 2012. 80 с.
4. Кузнецов С.В. Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2017. №3. С. 35-37.
5. Пашиная Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медкнига, 2006. 196 с.

Об авторах:

Кузнецов Семён Валерьевич – эксперт экспертно-криминалистического отдела управления криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу; доцент юридического отделения Санкт-Петербургского государственного аграрного университета, кандидат медицинских наук, юрист, Санкт-Петербург, e-mail: nachsml@mail.ru

Кузнецова Александра Александровна – врач – судебно-медицинский эксперт отделения судебно-баллистической экспертизы судебно-медицинской лаборатории кафедры судебной медицины (с моргом) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, судебно-медицинский эксперт II квалификационной категории, Санкт-Петербург, e-mail: alexandra88@yandex.ru

Kuznetsov Semyon Valerevich – expert forensic division of the department of criminology, Main investigation department of the Investigative committee of the Russian Federation in Saint-Petersburg, associate professor division of law, St. Petersburg state agrarian university, PhD, jurist, Saint-Petersburg

Kuznetsova Aleksandra Aleksandrovna – doctor – forensic medical expert department of forensic ballistics forensic laboratory of the department of forensic medicine (morgue) of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov, forensic expert II qualification category, Saint-Petersburg

Куранов В.Г., Мурзабаева С.Ш.

ФОРМИРОВАНИЕ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСУ ЗАЩИТЫ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ГЛАВА 31.1 КОДЕКСА АДМИНИСТРАТИВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

Статья посвящена введенной в Кодекс административного судопроизводства главе 31.1, позволяющей судам принимать решение об оказании медицинской помощи несовершеннолетним, законные представители которых отказались от лечения. Авторы делают вывод о том, что в Российской Федерации начала складываться положительная судебная практика по данному вопросу.

Ключевые слова: пациент, несовершеннолетний, кодекс административного судопроизводства, медицинская помощь, отказ от медицинского вмешательства.

Kuranov V.G., Murzabaeva S.Sh.

THE JUDICIAL PRACTICE FORMATION ON THE PROTECTION OF THE RIGHTS OF MINORS TO HEALTH PROTECTION IN CASE OF FAILURE OF A LEGAL REPRESENTATIVE FROM MEDICAL INTERVENTION (CHAPTER 31.1 OF THE CODE OF ADMINISTRATIVE PROCEDURE OF THE RUSSIAN FEDERATION)

The article is devoted to entered in the Code of administrative procedure, Chapter 31.1, allowing courts to make a decision about rendering medical assistance to minors whose legal representatives have refused treatment. The authors conclude that in the Russian Federation started to develop a positive court practice on this issue.

Keywords: patient, minor, the code of administrative procedure, medical care, refusal of medical intervention.

Законодательство об охране здоровья граждан знает несколько случаев, когда медицинская помощь может оказываться на основании решения суда. В том числе, к таким ситуациям относятся оказание медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу при отказе законного представителя от медицинского вмешательства (ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6]).

До недавнего времени судебные процедуры, связанные с оказанием медицинской помощи, регулировались Гражданским процес-

суальным кодексом Российской Федерации [1]. Данная категория дел относилась к особому производству, отличительной чертой которого являлось отсутствие спора о праве, что предполагало иной состав участников процесса, отличный от искового производства.

Необходимо отметить, что ГПК РФ предусматривал специальное регулирование (например, сокращенные сроки судопроизводства) только в отношении дел, связанных с оказанием психиатрической помощи. Следовательно, иные ситуации должны были рассматриваться по общим правилам ГПК, что, как отмечалось ранее [5, с. 6], существенно затрудняло защиту интересов несовершеннолетних и недееспособных граждан, чьи законные представители отказывались от оказания представляемым медицинской помощи.

С 15 сентября 2015 г. вступил в силу Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации (далее – КАС РФ) [2], который воспринял судебные процедуры, связанные с отраслью медицинского права.

Впоследствии КАС РФ был дополнен нормой об осуществлении судебного контроля в делах о защите интересов несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни (глава 31.1).

Основаниями для обращения в суд за защитой прав несовершеннолетнего гражданина будет выступать совокупность таких юридических фактов, как:

1. отказ одного из законных представителей пациента (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) от оказания медицинской помощи;
2. медицинское вмешательство необходимо для спасения жизни пациента.

По данной категории дел установлена исключительная подсудность – заявление подается в суд по месту нахождения медицинской организации, выступающей административным истцом. Административным ответчиком признается тот законный представитель пациента, который дал отказ от оказания представляемому лицу медицинской помощи.

В административном исковом заявлении, подаваемом в порядке главы 31.1 КАС РФ, должно содержаться указание на заключение врачебной комиссии медицинской организации.

Для данной категории дел установлен сокращенный срок рассмотрения – 5 дней. По ходатайству медицинской организации дело может быть рассмотрено в день принятия заявления к производству. Такое ходатайство подается при необходимости медицинского вмешательства в экстренной форме.

Верховный Суд отдельно оговаривает, что названный пятидневный срок не подлежит продлению (п. 34 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 27.09.2016 №36 «О некоторых вопросах применения судами Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации» [3])

При рассмотрении административного дела суду необходимо выяснить:

1. требуется ли гражданину, в защиту интересов которого подано административное исковое заявление, медицинское вмешательство в целях спасения жизни;
2. имелся ли отказ законного представителя гражданина, в защиту интересов которого подано административное исковое заявление, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни представляемого лица.

Бремя доказывания также возлагается на административного истца, т.е. на медицинскую организацию.

Решение суда об удовлетворении административного искового заявления является основанием для медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным. Исходя из интересов пациента и в целях спасения его жизни, суд вправе обратиться к решению об удовлетворении административного искового заявления к немедленному исполнению, указав на это в резолютивной части решения. В этом случае до изготовления мотивированного решения суда административному истцу может быть выдана заверенная копия его резолютивной части.

Остановимся на конкретном примере из судебной практики республики Башкортостан (дело №2А-1076/2017) [4].

Фабула дела. ГБУЗ РБ Городская детская клиническая больница №17 обратилась в суд с административным исковым заявлением, в обоснование которого указала на то, что в отделении патологии новорожденных №2 с 31.01.2017 г. находится ребенок И., поступивший прямым переводом из родильного дома №3. Мать ребенка состоит на учёте в ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ ИБ.

03.08.2016 г. с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, решением врачебного консилиума ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ матери назначена АРВТ в родах – терапия предусматривалась как в отношении самой женщины, так и новорожденного.

Однако родители ребенка отказались от медицинского вмешательства и медицинской помощи в учреждении, о чем написали письменный отказ. При таких обстоятельствах возникла угроза жизни и здоровью несовершеннолетнего И.

В административном исковом заявлении медицинской организацией сформулировано два требования: признать отказ родителей новорожденного от оказания последнему медицинской помощи незаконным и разрешить больнице проводить необходимое лечение в интересах несовершеннолетнего.

Судом постановлено решение, которым иск удовлетворен в полном объеме.

Сразу возникает вопрос, насколько правомерно было ставить вопрос о признании самого отказа от медицинского вмешательства незаконным? Подобная норма отсутствует как в медицинском, так и в процессуальном законодательстве. Представляется, что предметом обращения в суд должно быть только разрешение вопроса об оказании медицинской помощи несовершеннолетнему при описанных выше обстоятельствах. Законность либо незаконность отказа законных представителей несовершеннолетнего от лечения в качестве самостоятельного юридического факта оценке не подлежит.

Также обращает на себя внимание и то обстоятельство, что требование в исковом заявлении сформулировано слишком обще: медицинская организация просит разрешить проводить любое необходимое лечение в интересах несовершеннолетнего. На наш взгляд, лечебное учреждение имело право говорить толь-

ко об оказании той медицинской помощи, от которой отказались родители пациента. В анализируемом деле суд, удовлетворяя исковое заявление, дал санкцию на вполне конкретное медицинское вмешательство – антиретровирусную терапию с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

По нашему мнению, в целях формирования судебной практики, необходимо было удовлетворить иск частично и отдельно оговорить в мотивировочной части решения, что суд дает согласие лишь на определенные виды терапии.

Анализ документов позволяет сделать вывод и об иных достоинствах решения от 09.02.2017.

Во-первых, неукоснительно соблюдены сокращенные процессуальные сроки. Как следует из информации, размещенной на сайте суда [7], административный иск поступил 06.02.2017 г., в тот же день вынесено определение о подготовке дела к судебному разбирательству и уже 07.02.2017 г. проведено и предварительное судебное разбирательство и дело рассмотрено по существу. В тот же день изготовлено мотивированное решение в окончательной форме.

Во-вторых, принимая решение, суд опирался на позиции лиц, обладающих специальными медицинскими знаниями – в заседании допрошены в качестве свидетелей педиатр и заведующая отделением. Решение подтверждает позицию, что для получения специальных знаний (в частности, медицинских) не всегда необходимо назначать экспертизу, а допустимо прибегать и к иным способам доказывания.

В-третьих, судом установлены все значимые для дела обстоятельства, в том числе, сделан вывод о том, что непроведение АРВТ может привести к смерти ребенка.

В-четвертых, суд воспользовался своим правом, предусмотренным КАС РФ, и обратил решение к немедленному исполнению.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в Российской Федерации начала формироваться положительная судебная практика по защите интересов несовершеннолетних в случае отказа их законных представителей от медицинского вмешательства.

Список литературы:

1. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 №138-ФЗ // Российская газета, №137, 27.07.2002.
2. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 №21-ФЗ // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 09.03.2015.
3. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27.09.2016 №36 «О некоторых вопросах применения судами Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации» // Российская газета, №222, 03.10.2016.
4. Решение Орджоникидзевского районного суда г. Уфы Республики Башкортостан от 09.02.2017 г. по делу №№2А-1076/2017 // СПС Консультант-Плюс.
5. Сергеев Ю.Д., Мурзабаева С.Ш., Павлова Ю.В., Куранов В.Г. Совершенствование механизма судебной защиты прав несовершеннолетних и недееспособных лиц при отказе законных представителей от медицинского вмешательства // Медицинское право. 2015. №1. С. 3-8.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 22.11.2011.
7. https://ordjonikidzovsky--bkr.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=367402556&delo_id=1540005

Об авторах:

Куранов Владимир Григорьевич – Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера, заведующий кафедрой правоведения; Центр медицинского права, директор; г. Пермь, e-mail: kuranov.perm@yandex.ru

Мурзабаева Салия Шарифьяновна – доктор медицинских наук, Башкирский государственный медицинский университет, профессор кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики; г. Уфа, e-mail: s.murzabaeva@gmail.com

Kuranov Vladimir Grigorievich – Perm state medical university named after academician E. A. Vagner, head of the law department; medical law Center, director, Perm

Murzabaeva Saliia Sharifjanovna – Doctor of medical Sciences, Bashkir state medical University, Professor of the Department of neurology with courses of neurosurgery and medical genetics, Ufa

Мелихов С.Ю.

ОСОБЕННОСТИ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОЦЕНКИ ОТКАЗА РОДИТЕЛЕЙ ОТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ

В статье обозначены особенности правовой оценки деяний граждан, препятствующих оказанию медицинской помощи своим детям в рамках информированного добровольного согласия, и медицинских работников, не оказывающих в данном случае такую помощь.

Ключевые слова: информированное добровольное согласие, законные представители несовершеннолетних, право на отказ от медицинского вмешательства.

Melikhov S.Yu.

FEATURES OF CRIMINAL LEGAL ASSESSMENT OF THE PARENT'S REFUSAL OF MEDICAL CARE TO THE CHILD

The author lists features of a legal treatment of acts of the citizens interfering delivery of health care to the children within the informed voluntary consent and the health workers who aren't giving such help.

Keywords: the informed voluntary consent, lawful representatives of minors, right for refusal of medical intervention.

Федеральное законодательство в сфере здравоохранения предусмотрело современный и необходимый институт оказания медицинской помощи, именуемый информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства. Он предусмотрен ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», положения которой корреспондируют с предусмотренными ч. ч. 2 и 5 ст. 19 этого же закона правами пациента на медицинскую помощь и на отказ от медицинского вмешательства. Дача такого согласия рассматривается как необходимое предварительное условие любого медицинского вмешательства за исключением специально оговоренных в ч. 9 ст. 20 этого закона «исключительных» случаев.

Анализ последних показывает, что реально исключительными они являются, лишь когда болезненное состояние гражданина затрагивает интересы других лиц. Когда же речь идёт о нём самом, единственным основанием оказать ему медпомощь без согласия служит его объективная неспособность высказать своё

мнение по данному поводу при угрозе его жизни (п. 1 ч. 9 данной статьи). Подход законодателя, демонстрирующий право дееспособного человека распоряжаться собственной жизнью по своему усмотрению, просматривается и в уголовном законодательстве, не содержащем уголовно-правового запрета на причинение себе вреда здоровью, лишение себя жизни или попытку этого. Этический аспект данного обстоятельства является предметом рассмотрения иных исследований и вряд ли принципиально оспорим. Отказ от медицинского вмешательства рассматривается как неотъемлемая составляющая реализации конституционных прав граждан на свободу и личную неприкосновенность, а также выступает проявлением конституционных положений о том, что достоинство личности охраняется государством, и ничто не может быть основанием для его умаления [1].

Совершенно иная ситуация, когда речь идёт о согласии на оказание медпомощи законных представителей несовершеннолетних, коими чаще всего являются родители. Пункт 1 ч. 9 ст. 20, ч. 2 ст. 54 Федерального закона №323-ФЗ позволяют сделать вывод, что судьбу медицинского вмешательства лиц младше 15 лет по общему правилу решают родители путем дачи такого согласия или отказа в нем. Положения закона говорят о том, что несовершеннолетние здесь находятся в менее «выгодном» положении, нежели недееспособные граждане, поскольку судьбу последних законные представители определяют лишь в случае физической неспособности самих пациентов высказаться о требуемом согласии. Что касается детей до 15 лет, их здоровье полностью в руках родителей. Более того, закон не предусматривает ситуации, когда позиции, например, 14-летнего ребенка и его родителя по поводу лечения расходятся. Если ребенок против медицинского вмешательства, а родители настаивают – эта ситуация понятна, но если наоборот?

В сети Интернет опубликована видеозапись, на которой запечатлен факт неоказания медицинской помощи приехавшим на вызов сотрудником Скорой помощи, которого мать заболевшего (очевидно, малолетнего) ребенка не пустила к пациенту из-за отказа надеть бахилы на грязную обувь. В результате непродолжительного спора, в котором никто не уступил, медработник поки-

нул квартиру, рекомендуя матери обратиться к услугам частных врачей [2]. Оставив в стороне моральный аспект данной ситуации, нельзя не подчеркнуть, что правовой оценке подлежат деяния как врача, принявшего решение не оказывать помощь больному, так и матери в случае наступления общественно-опасных последствий для заболевшего. И это, отнюдь, не предположение.

Так, по уголовному делу, возбужденному по факту смерти малолетнего С. [3], установлено, что по поступившему на станцию Скорой медицинской помощи вызову выехала бригада. Приехав по вызову и обследовав ребенка, врачи установили, что он нуждается в немедленной госпитализации. Однако, совершить необходимые действия им помешало стойкое нежелание матери отдавать ребенка в стационар. Убеждение, которое применяли медицинские работники, их неоднократные разъяснения в адрес матери о возможных последствиях отказа вплоть до летального исхода, действия на нее не возымели. В результате не имеющие иных полномочий сотрудники бригады истребовали от неё письменный отказ от госпитализации заболевшего, на котором, к слову, сделали отметку о нахождении родителя (по их мнению) в нетрезвом состоянии, и покинули квартиру. Через непродолжительное время ребенок скончался от осложнений заболевания в условиях отсутствия надлежащей медицинской помощи вне стационара.

В отличие от первой ситуации в данном случае налицо особо тяжкие последствия, в связи с чем незамедлительно было возбуждено уголовное дело. Однако, здесь вектор уголовной репрессии, представляется, должен быть направлен в другую сторону. Если в первом случае реальных уважительных причин у врачей покинуть квартиру с больным не было, то во втором закон находится на их стороне, не наделяя их полномочиями применять меры принуждения даже при установлении экстренного случая и угрозы для жизни ребенка. Более того, мать официально выразила несогласие на медицинское вмешательство, приняв на себя всю ответственность за его жизнь и здоровье. Безусловно, и здесь правовую оценку должны получить деяния всех участников произошедшего. Однако, к врачам при соблюдении всех изложенных условий, как представляется, должно быть минимум претензий.

При этом даже если состав преступления у кого-либо будет установлен, и виновные понесут наказание, нельзя считать, что задача государства на этом выполнена. Результатом нелепой ситуации стала смерть ребенка, об угрозе которой было известно специалистам, способным эту смерть предотвратить, но не имеющим достаточных для этого полномочий. Думается, что государство, дистанцировав врачей от необходимости оказания медицинской помощи в случае отказа от нее родителя несовершеннолетнего, не решило главную задачу – предупреждение причинения существенного вреда самим детям.

Законодательство об охране здоровья предусматривает единственный, очевидно громоздкий и неприемлемый для экстренных событий механизм, связанный с возможностью обращения медицинской организации в суд (ч. 5 ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ) для защиты интересов заболевшего. Его проблемы, пробелы правового регулирования, меры по совершенствованию гражданского законодательства ранее предлагались в юридической прессе [4, с. 4-5] и заслуживают внимания. Однако, до настоящего времени не предложено реального правового механизма для оперативного предотвращения ситуаций, сходных со сложившейся в деле по факту смерти С. Очевидно, что если решение вопроса о жизни и смерти ребенка определяется часами или минутами, об общем судебном порядке (какой-либо сокращенный здесь не предусмотрен) говорить не приходится.

Часть 5 ст. 56 Семейного кодекса Российской Федерации (далее – СК РФ) обязывает всех без исключения должностных лиц организаций и даже граждан, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка, а последний – принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка. Даже при приблизительном анализе ситуации заметны трудности, не позволяющие результативно применять данный механизм.

Во-первых, как известно, обязанность без реальной угрозы ответственности за ее неисполнение превращается в декларацию. В настоящее время какого-либо вида специальной ответственности для медицинских работников за неисполнение данной обя-

занности (равно, как и для остальных граждан, на которых она возложена) нет. Кроме того, нет в законе и обязанности сообщать о подобных случаях в иные компетентные органы незамедлительно. Вопрос о возможности рассмотрения здесь в действиях врача признаков халатности дискуссионен, прежде всего, в связи со спорным статусом последнего как должностного лица. Приходится констатировать, что получивший надлежащим образом оформленный отказ родителя от лечения смертельно больного ребенка врач, не сообщивший о данном случае в орган опеки и попечительства (а в другие органы, в том числе, полицию он в соответствии с законом сообщать не обязан), либо сообщивший об этом по истечении продолжительного времени (после окончания дежурства, смены и т.п.) вполне вероятно, может не понести серьезной ответственности, хотя соответствующие действия могли бы спасти маленькому пациенту жизнь.

Во-вторых, предусмотренные законом действия органа опеки и попечительства после получения сообщения о непосредственной угрозе жизни ребенка также не предполагают необходимой оперативности в решении проблемы. Применимой нормой в такой ситуации может служить положение о немедленном отображении ребенка у родителей (ст. 77 СК РФ), которое производится на основании акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации либо акта главы муниципального образования. Будучи более оперативным по сравнению с судебным, данный порядок, представляется, также не всегда сможет обеспечить незамедлительное спасение жизни больного, поскольку необходимость оперативного медицинского вмешательства может возникнуть и глубокой ночью, в выходные и праздничные дни и т.п., когда счет вновь идет на часы.

В-третьих, даже при попытке совершения таких действий органы опеки и попечительства вынуждены будут сами координировать свои действия с органами полиции, поскольку могут быть не допущены родителем к больному ребенку, не имея при этом полномочий войти в чужую квартиру против воли ее хозяина.

Последним видом полномочий как раз наделены сотрудники полиции, имеющие в силу п.п. 1, 3 ч. 3 ст. 15 Федерального закона от 07.02.2011 №3-ФЗ «О полиции» право проникать в жилище

для спасения жизни граждан, а также для пресечения преступления. Достаточным основанием полагать, что эти поводы имеют место, будет официальное сообщение компетентного специалиста – медицинского работника о нахождении ребенка в угрожающем жизни состоянии. Помимо этого, резонными видятся утверждения и о возможности обвинить родителя в совершении преступления в отношении своего ребенка, когда первый, будучи аргументированно предупрежденным врачом о нахождении беспомощного пациента в угрожающем для жизни состоянии, осознанно (пусть даже в опьянении, не исключающем осознанности действий) официально отказывается от квалифицированного медицинского вмешательства по каким бы то ни было причинам.

Так, в зависимости от наступивших последствий (наступили ли они вообще, либо здоровью ребенка причинен вред, либо наступила его смерть) подобные действия родителя могут и должны быть квалифицированы по ст. 125, 109 УК РФ, вплоть до п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ. Даже в случае ненаступления реальных последствий для здоровья (например, действия родителя пресечены другими родственниками или компетентными органами) имеются основания говорить о заведомом оставлении родителем без помощи ребенка, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии, лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству или болезни, поскольку родитель имел возможность оказать ему помощь и был обязан иметь о нем заботу (ч. 1 ст. 63 СК РФ), то есть о совершении преступления, предусмотренного ст. 125 УК РФ.

Когда в результате действий недобросовестного родителя, воспрепятствовавшего оказанию медицинской помощи несовершеннолетнему, наступает смерть последнего и имеются основания утверждать о неосторожной форме вины взрослого относительно ее наступления (к примеру, когда родитель самонадеянно рассчитывает своими силами вылечить ребенка, но надлежаще предупрежден медицинским работником о невозможности это сделать либо о чрезвычайно высоком риске неблагоприятного исхода), должен рассматриваться случай квалификации такого деяния по ст. 109 УК РФ.

Наконец, в крайней ситуации, когда родитель осознает возможность либо неизбежность наступления смерти ребенка (это осознание также может и должно быть инициировано медицинским работником), сознательно допускает подобный исход либо относится к нему безразлично (в том числе, надеясь на «авось», полагая, что тот «поправится сам») и препятствует оказанию надлежащей медицинской помощи, с учетом наличия прямого либо косвенного умысла его действия должны квалифицироваться вплоть до умышленного причинения смерти малолетнему или лицу, заведомо находящемуся в беспомощном состоянии (п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ).

Таким образом, для недопущения подобных негативных случаев видится необходимость следующего:

1. Закрепление в законодательстве непосредственной обязанности медицинского работника, располагающего достоверной информацией об отказе родителя в даче согласия на оказание медицинской помощи ребенку, находящемуся в угрожающем для жизни состоянии, безотлагательно сообщать о данном факте в органы полиции и дежурным сотрудникам органа опеки и попечительства. С последними (в случае наличия таковых) активно взаимодействуют те же органы полиции, в частности, их подразделения по делам несовершеннолетних.

2. Закрепление в законодательстве обязанности и процедуры административного (внесудебного) оперативного изъятия у родителей больного ребенка сотрудниками органов опеки и попечительства в сопровождении сотрудников полиции (возможно, с последующим уведомлением суда и судебной проверкой законности подобных действий) для передачи его на стационарное лечение.

3. Установление специальной юридической ответственности для всех трёх указанных категорий сотрудников органов и учреждений в случае неисполнения перечисленных обязанностей.

Представляется, что подобное распределение будет соответствовать полномочиям каждой обозначенной структуры и в результате должно минимизировать риск причинения вреда жизни и здоровья детей вне зависимости от привлечения к ответственности недобросовестных врачей, а также родителей за проявление ненадлежащего исполнения родительских обязанностей или злоупотребление родительскими правами.

Список литературы:

1. Белянинова Ю.В., Гусева Т.С., Захарова Н.А., Савина Л.В., Соколова Н.А., Хлистун Ю.В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) // СПС КонсультантПлюс. 2016.
2. Спор между врачами скорой помощи и матерью заболевшего ребенка. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=mYIXSWRsZ2o> (дата обращения 18.05.2017)
3. Уголовное дело расследуется подразделением Следственного управления СК России по Ленинградской области
4. Сергеев Ю.Д., Мурзабаева С.Ш., Павлова Ю.В., Куранов В.Г. Совершенствование механизма судебной защиты прав несовершеннолетних и недееспособных лиц при отказе законных представителей от медицинского вмешательства // Медицинское право. Федеральный научно-практический журнал. 2015. №1. С.3-8

Об авторе:

Мелихов Сергей Юрьевич – доцент кафедры криминалистики ФГКОУ ВО «Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, Санкт-Петербург, 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

Саяпина С.М., Рошин Д.О.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА В УГОЛОВНОМ ПРЕСЛЕДОВАНИИ

Статья посвящена правовым рискам предоставления медицинскими организациями сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя по запросу органов дознания или следствия в рамках рассмотрения сообщения о преступлении в порядке ст. ст. 144-145 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения (в т.ч. о личной жизни пациента), полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Сведения, составляющие врачебную тайну, не могут быть переданы посторонним лицам без согласия пациента в связи с рассмотрением сообщения о преступлении. Сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия пациента могут быть переданы медицинской организацией исключительно в связи с проведением предварительного расследования в рамках возбужденного уголовного дела. Медицинскому работнику, попавшему под уголовное преследование, стоит использовать возможность выработать надлежащую тактику защиты, связанную с выявлением нарушений УПК РФ в части несоблюдения законности при производстве уголовного дела, так как согласно ч. 3 ст. 7 УПК РФ нарушение норм УПК РФ судом, прокурором, следователем, органом дознания, начальником органа дознания, начальником подразделения дознания или дознавателем в ходе уголовного судопроизводства влечёт за собой признание недопустимыми полученных таким путём доказательств.

Ключевые слова: врачебная тайна, уголовный процесс, заявление о преступлении, сообщение о преступлении, уголовное преследование, недопустимое доказательство.

Svetlana Sayapina, Denis Roshchin

THE MEDICAL SECRET IN CRIMINAL PROSECUTION

The article is devoted to the legal risks of the provision by medical organizations of information constituting a medical secret without the consent of the citizen or his legal representative at the request of the inquiry or investigation bodies within the framework of the consideration of the crime report in accordance with the procedure of art. 144-145 of the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation. Information on the fact that a citizen applies for medical assistance, his state of health and diagnosis, other information (including his personal life) obtained during his medical examination and treatment, constitute a medical secret. Information constituting a medical secret can not be transferred to unauthorized persons without the consent of the patient in connection with

the consideration of the report on the crime. Information that constitutes a medical secret without the patient's consent can be transferred by a medical organization solely in connection with the conduct of a preliminary investigation within the framework of an initiated criminal case. A medical worker who is under criminal prosecution should use the opportunity to develop appropriate defense tactics related to the detection of violations of the Criminal Procedure Code of the Russian Federation in the part of non-compliance with the law in the criminal case, since, according to part 3 of art. 7 of the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation, the violation of the provisions of the Code of Criminal Procedure by a court, prosecutor, investigator, inquiry body, head of the inquiry body, the head of the inquiry department or the investigator in the course of criminal proceedings entails the recognition of inadmissible evidence obtained in this way.

Keywords: medical secrecy, criminal action, statement of crime, report of the crime, criminal prosecution, Inadmissible evidence.

Врачебная тайна является одним из видов охраняемой законом в особом порядке информации. Понятие раскрыто в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основе охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], включает в себя помимо диагнозов и заключений все полученные в ходе оказания медицинской услуги сведения, равно как и сам факт обращения за медицинской помощью. Данная норма вытекает из гарантируемых Конституцией РФ [2] прав и свобод человека на неприкосновенность частной жизни (ст. 23), сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни по согласию гражданина (ст. 24).

Обеспечение неприкосновенности частной жизни является одним из ключевых условий полноценного и комфортного существования гражданина в обществе. Есть такие категории сведений, которые необходимо защищать от разглашения, которые законодательно закреплены и неоспоримы. Среди таковых следует назвать сведения, составляющие врачебную тайну [6, с. 67].

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в соответствии с п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ [1] по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или

судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно.

Исходя из установленных Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ [1] положений, по запросу органов дознания и следствия предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в связи с проведением расследования.

Анализ научной литературы подтверждает данный вывод. В частности, Е.Б. Брагина отмечает, что анализ п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ позволяет сделать вывод, что органы дознания и следствия не вправе получать без согласия гражданина или его законного представителя сведения, составляющие врачебную тайну, в связи с проверкой заявлений, сообщений о преступлениях [7, с. 220-221].

Проведение расследования осуществляется в форме дознания и в форме предварительного следствия, где дознание – форма предварительного расследования, осуществляемого дознавателем (следователем) по уголовному делу, по которому производство предварительного следствия необязательно (п. 8 ст. 5 УПК РФ) [3].

Иными словами, медицинская организация вправе представить сведения, составляющие врачебную тайну (медицинскую документацию), по запросу органа дознания или следствия (МВД, СК РФ, пр.) без согласия пациента (законного представителя пациента) исключительно в случае осуществления этими органами предварительного расследования, которое возможно к проведению лишь после возбуждения уголовного дела (работникам медицинских организаций необходимо дифференцировать проверку сообщения о преступлении, которая осуществляется до возбуждения дела, и предварительное расследование в рамках уже возбужденного уголовного дела, предваряющее судебное разбирательство).

Поводами для возбуждения уголовного дела в соответствии ч. 1 ст. 140 УПК РФ служат: заявление о преступлении; явка с повинной; сообщение о совершенном или готовящемся преступлении, полученное из иных источников; постановление прокурора о направлении соответствующих материалов в орган предварительного расследования для решения вопроса об уголовном преследовании. ст. 144 УПК РФ определен порядок рассмотрения сообщения о преступлении, а ст. 145 УПК РФ – варианты решений, принимаемых по результатам рассмотрения сообщения о преступлении: о возбуждении уголовного дела; об отказе в возбуждении уголовного дела; о передаче сообщения по подсудности, а по уголовным делам частного обвинения – подсудности.

Таким образом, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ [1] основанием предоставлять медицинскую документацию (сведения, составляющие врачебную тайну) является проведение органами дознания и следствия предварительного расследования, которое согласно УПК РФ без возбужденного уголовного дела невозможно.

Соблюдение врачебной тайны отнесено законодателем к основным принципам охраны здоровья, что подчеркивает значимость данного правового института. Положения Закона [1] сформулированы таким образом, что к врачебной тайне относится, по сути, любая информация, ставшая известной медицинскому работнику от пациента, а не только сведения о состоянии его здоровья [8, с. 67].

Однако в настоящее время сложилась практика предоставления медицинскими организациями сведений, составляющих врачебную тайну (медицинской документации), по запросам органов дознания и следствия до принятия решения по результатам рассмотрения сообщения о преступлении (т.е. до возбуждения уголовного дела), которая создает прямые правовые риски сразу для нескольких участников уголовного судопроизводства в части признания полученной таким путём медицинской документации недопустимым доказательством.

При этом отсутствие оснований предоставлять медицинскую документацию влечёт риски для обеих сторон: для медицинских

работников – в части незаконного распространения информации ограниченного доступа, включающей при этом расширение объёма анализируемых на стадии рассмотрения сообщения (заявления) о преступлении документов, в которых могут быть выявлены имеющие признаки преступления дефекты; для следователей и дознавателей – в части возможности признания данных сведений полученными с нарушением закона, а значит, как следствие, недопустимыми. Недопустимые доказательства не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу обвинения, а также использоваться для доказывания любого из обстоятельств, предусмотренных ст. 73 УПК РФ [3].

За незаконное распространение информации ограниченного доступа путём предоставления медицинской документации по запросам органов дознания и следствия до возбуждения уголовного дела лица, получившие доступ к соответствующей информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей, могут быть привлечены к ответственности за совершение правонарушения по ст. 13.14 КоАП РФ [4]; преступления – по ст. 137 или ст. 286 УК РФ [5] (нарушение неприкосновенности частной жизни или превышение должностных полномочий, соответственно).

Выводы:

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения (в т.ч. о личной жизни пациента), полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Сведения, составляющие врачебную тайну не могут быть переданы посторонним лицам без согласия пациента в связи с рассмотрением сообщения о преступлении.

2. Сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия пациента могут быть переданы медицинской организацией исключительно в связи с проведением предварительного расследования в рамках возбужденного уголовного дела.

3. Медицинскому работнику, попавшему под уголовное преследование, стоит использовать возможность выработать надлежащую тактику защиты, связанную с выявлением нарушений УПК РФ в части несоблюдения законности при

производстве уголовного дела, так как согласно ч. 3 ст. 7 УПК РФ нарушение норм УПК РФ судом, прокурором, следователем, органом дознания, начальником органа дознания, начальником подразделения дознания или дознавателем в ходе уголовного судопроизводства влечёт за собой признание недопустимыми полученных таким путём доказательств.

Список литературы:

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.12.2015). Собрание законодательства РФ 2011.11.28, №48, ст. 6724.
2. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 (в ред. от 21.07.2014).
3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред. от 17.04.2017, с изм. от 11.05.2017). Собрание законодательства РФ, 24.12.2001, №52 (ч. I), ст. 4921.
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: федеральный закон от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 30.12.2015). Собрание законодательства РФ 2002.01.07, №1 (ч. 1), ст. 1.
5. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 17.04.2017). Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, №25, ст. 2954.
6. Шибаев Д.В. Правовой режим врачебной тайны как информационно-правового объекта // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2015. №3. С. 66-77.
7. Брагина Е.Б. К вопросу предоставления сведений, составляющих врачебную тайну // Проблемы правового обеспечения безопасности личности, общества и государства. Сборник статей по материалам международной научно-практической конференции. 2014. С. 208-213.
8. Великий А.А. Получение информации, содержащей врачебную тайну, адвокатом в уголовном судопроизводстве // Вестник Уральского финансово-юридического института. 2016. №4 (6). С. 66-70.

Об авторах:

Саяпина Светлана Михайловна – эксперт Центра стратегических инициатив «Частное здравоохранение», заместитель исполнительного директора по правовым вопросам Национальной Ассоциации медицинских организаций, Москва, e-mail: s.sayapina@ssmedlaw.com

Денис Олегович Рошин – преподаватель Государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Московский городской университет управления Правительства Москвы», кандидат медицинских наук, Москва, e-mail: dr@mcran.org

Svetlana Sayapina – Expert of the Center for Strategic Initiatives «Private Health Service», Deputy Executive Director for Legal Affairs of the National Association of Medical Organizations, Moscow.

Denis Roshchin – lecturer of the Moscow Metropolitan Governance University, Candidate of Medical Sciences, Moscow.

© Саяпина С.М., Рошин Д.О., 2017

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРАВОВЫЕ И ЭКСПЕРТНЫЕ ВОПРОСЫ

Ерофеев С.В., Семенов А.С., Астраух А.А., Федорова А.С.

ДОПРОС КАК СРЕДСТВО ПОЛУЧЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ПО ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В работе изложены результаты профессионального экспертного анализа допросов медицинских работников на предварительном следствии и в суде. Даны рекомендации следователям и судьям, с точки зрения судебных медиков об организации допроса. Для медицинских работников приведены советы о сущности и тактике допроса.

Ключевые слова: ненадлежащее оказание медицинской помощи; уголовная ответственность медицинских работников; судебно-медицинская экспертиза; допрос медицинских работников.

Erofeev S.V., Semenov A.S., Astraukh A.A., Fedorova A.S.

QUESTION AS MEANS OF OBTAINING EVIDENCE ON CASES ABOUT UNAUTHORIZED PROVISION OF MEDICAL CARE

The results of professional expert analysis of interrogations of medical workers on preliminary investigation and in court are stated. Recommendations are given to investigators and judges, from the point of view of forensic doctors about the organization of interrogation. For medical professionals, advice is given on the nature and tactics of interrogation.

Keywords: inadequate medical care; Criminal liability of medical workers; Forensic-medical examination; Medical examination.

В процессе проведения комиссионных экспертиз по уголовным и гражданским делам в отношении медицинских работников объектом экспертного анализа становятся не только медицинские документы, но и протоколы допросов медицинских работников. Необходимость в проведении допросов возникает у следователя и судьи в следующих случаях:

- для дополнения и разъяснения содержания медицинской документации;

- для обеспечения полноты информации об организационных моментах оказания медицинской помощи, которые не могут быть отражены в медицинской документации, но имеют важное значение для расследования;
- для установления дополнительных источников, из которых могут быть получены сведения, относящиеся к расследуемому событию;
- для проверки достоверности имеющихся в деле доказательств – особенно в случаях противоречия между показаниями свидетелей и иными доказательствами.

Нередко ходатайствовать о допросе перед следователем и судом вынуждена экспертная комиссия в надежде прояснить и дополнить противоречивую информацию в медицинских документах. При этом в процессе допроса выясняется, что низкое качество оформления документации нередко сочетается с небрежностью исполнения медицинской технологии. В пределах нашей компетенции считаем возможным привести в качестве примеров типичные нарушения техники аутопсии при ятрогенной патологии, потребовавшие допросов, очных ставок и затянувших процесс предварительного следствия на несколько месяцев:

- небрежное проведение и описание плавательной пробы, малое количество гистологических препаратов легкого и скудное их описание при установлении признаков дыхания у новорожденного;
- удаление эндотрахеальной трубки у новорожденного до начала аутопсии при последующем патологоанатомическом диагнозе – «Дефектная интубация правого бронха»;
- отсутствие исследования шейного отдела позвоночника и спинного мозга при осложненном извлечении головки плода из полости малого таза во время операции Кесарева сечения.

Подобные отступления от общепринятых правил и даже нормативно закрепленных Порядков, как правило, не мотивированы в медицинской документации. Единственным средством дополнения и разъяснения в таких случаях остается допрос.

Однако знакомство с многочисленными протоколами допросов медицинских работников показывает, что они содержат множество дефектов как допущенных правоохранителями, так и

медиками. Поводом же к этой публикации послужили несколько протоколов допросов врачей и экспертов по трём уголовным делам, которые следовало бы объединить под рубрикой – «Как не надо себя вести на предварительном следствии и в суде». Эти весьма поучительные протоколы заставили обратиться к правовой литературе для уточнения наших представлений о сущности и методике допроса, что укрепило наше убеждение:

- о допросе как следственном и судебном действии медики должны получать представление при постдипломной подготовке;
- рост числа уголовных и гражданских дел в отношении медицинских работников требует пополнения знаний о допросе, его сущности, особенностях методики и тактики по делам о ненадлежащем оказании и неоказании медицинской помощи;
- особую ценность в этом отношении представляют материалы комиссионных судебно-медицинских экспертиз и личный опыт судебно-медицинских экспертов, компетентных анализировать ситуацию на предварительном следствии и в суде в медико-правовом аспекте.

Ввиду обширности обозначенной темы **цель** нашей первой публикации о допросе при т.н. ятрогенных преступлениях: на основании изучения материалов комиссионных судебно-медицинских экспертиз за последние 10 лет, проведенных в Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской и Владимирской областей, **показать специфику и сложности проведения допросов, возникающие у медиков и правоохранителей при расследовании дел о ненадлежащем оказании медицинской помощи.**

Сущность допроса на предварительном следствии состоит в том, что следователь побуждает лицо, которому известны обстоятельства, связанные с расследуемым событием, дать о них показания, выслушивает, анализирует сообщаемую информацию и фиксирует ее в установленном законом порядке, чтобы использовать в качестве доказательства по уголовному делу [1, с. 306-308; 2, с. 7].

При расследовании правонарушений медицинских работников следователь во время допроса решает несколько задач:

- устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному делу;

- устанавливает источники, из которых могут быть получены сведения, относящиеся к расследуемому событию;
- проверяет достоверность имеющихся в деле доказательств.

В любом руководстве для следователя подчеркивается, что в ходе подготовки к допросу следователь обязан:

- тщательно изучить материалы уголовного дела;
- определить предмет показаний допрашиваемого лица;
- изучить (по возможности) его социальные данные и психологические особенности (интересы, уровень правосознания и интеллекта, характер, воля, эмоциональность).

Разумеется, тактика допроса свидетеля, подозреваемого и обвиняемого, имеет отличия.

Но прежде, чем говорить о них, мы хотим подчеркнуть отличия и сложности, которые характерны для допроса врача как специалиста в очень сложной сфере профессиональной деятельности. Положение следователя осложнено не только тем, что он (как обычно) должен установить и доказать неизвестные ему и тщательно скрываемые факты. При расследовании нарушений медицинской деятельности (как, видимо, и других профессиональных правонарушений), сложность допроса многократно возрастает:

- из-за отсутствия у следователя уверенных знаний в области медицины и правовых ее основ для анализа установленных обстоятельств;
- из-за приблизительного знания медицинской терминологии, что лишает возможности понятно и грамотно сформулировать вопрос и так же точно зафиксировать ответ допрашиваемого. Конечно, грамотный и дальновидный медик при окончании допроса воспользуется правом дополнения и разъяснения записанного. Но здесь возникает опасность использования этого права для ещё большего запутывания следователя; в частности, через использование той же сложной медицинской терминологии;
- использование широко известного приема эффектного предъявления вещественных доказательств к подозреваемому практически неприменимо, так как вещественные доказательства отсутствуют;
- подозреваемому известно о своем превосходстве над сле-

дователем в области медицины, что он может использовать в своих интересах; при этом следователю весьма сложно без специальной подготовки путем планирования допроса заставить подозреваемого детализировать в своих ответах картину происшедшего;

- опыт анализа допросов показывает, что попытки ложных показаний и выгодного сокрытия информации могут быть успешными; один из способов противодействия им – не бояться выглядеть неинформированным, а добиваться от подозреваемого детального и понятного изложения событий;
- возникающие между показаниями противоречия следователю трудно (а иногда – невозможно) объяснить без помощи специалистов.

Что может эффективно помочь следователю в сложных условиях предварительного следствия?

Один из немногих тактических приемов, который является эффективным при угрозе ответственности для двух подозреваемых, – сравнение их показаний и использование их взаимного недоверия в сочетании со стремлением к перекладыванию вины на коллегу.

Очевидную помощь следователю окажет добросовестное и точное заключение комиссионной экспертизы. При вдумчивом отношении следователя консультации с членами экспертной комиссии, допрос и планирование их участия в судебном заседании являются гарантией справедливого приговора.

Поэтому в последние годы одновременно с ростом количества экспертиз по делам о правонарушениях медицинских работников все чаще возникает потребность в экспертном сопровождении предварительного следствия:

- для непосредственного участия в допросах с целью грамотной формулировки вопросов, и регистрации ответов;
- для оперативного и грамотного анализа ответов;
- для грамотного планирования следственных действий.

Вряд ли правильно в этой связи рассматривать судебно-медицинского эксперта негативно – как пособника правоохранителей. С такой поверхностной точкой зрения сталкивались многие Бюро СМЭ, однако несостоятельность ее легко опровергается: участие судебно-медицинских экспертов и их заключений важно,

чтобы установить истину, а не «посадить», ибо многолетняя статистика в Европе подтверждает, что более 50% претензий к врачам после (и с помощью!) многочисленных экспертиз и судебных заседаний признаны необоснованными.

Методика и тактика допроса подозреваемого, обвиняемого и свидетеля с разной степенью детализации изложена в специальной юридической литературе [1, с. 310-333; 4, с. 44-72; 5, с. 520].

Здесь мы имеем возможность лишь напомнить об известных следователям (но абсолютно незнакомых врачам) особенностях поведения виновного после совершения преступления.

К уликам поведения относятся:

- повторные действия по дополнительному сокрытию следов преступления;
- отрицание очевидных фактов в силу гипертрофии защитной доминанты;
- молчание о разоблачающем факте, о лицах, связанных с преступлением и знающих о нем;
- сообщение о деталях события, которые могут быть известны только преступнику.

Поэтому признаками причастности к преступлению являются и некоторые признаки поведения на допросе.

Невиновный обычно на прямое обвинение бурно реагирует отрицательной реакцией, а виновный часто занимает выжидательную позицию.

Невиновный постоянно обращается к конкретным пунктам обвинения, опровергает их фактическими доводами; виновный уходит от соприкосновения с конкретными обвинениями («я не помню»), особенно избегая возврата к главному обвинению; его поведение чаще пассивно.

Мы имеем подобный пример в материалах уголовного дела: один из подозреваемых врачей точно воспроизводил временную и логическую последовательность событий в роковой день смерти больной. Второй врач наиболее существенные моменты не помнил, либо путал, либо вспоминал, расходясь в этом со свидетелями.

Невиновный остро переживает этическую составляющую последствий – осуждение сослуживцев, близких; виновного более интересует возможная правовая санкция.

Важные практические наблюдения мы зафиксировали при систематическом анализе протоколов допроса, что выразилось в следующем:

- Врачи, допрошенные в качестве свидетелей (но с перспективой стать обвиняемыми) в большинстве случаев к допросу не готовы, с медицинскими документами предварительно не знакомятся, на процедуру допроса грамотно не настроены.
- В процессе допроса врачи демонстрируют отсутствие элементарных правовых знаний не только в области уголовного и гражданского, но и трудового, медицинского права; при этом очевидно отсутствие знаний своих процессуальных прав и обязанностей, использование права в соответствии со ст. 51 Конституции РФ как возможного варианта поведения.
- В изложении событий нередко появляются признаки оговора: как непроизвольного (в том числе, самооговора), так и намеренного оговора коллег в попытке уйти от ответственности.
- Отсутствие стремления к подготовке показаний на допросе проявляется в неточностях, противоречиях, неконкретном изложении последовательности событий, попытках запутать следствие ложным толкованием медицинских фактов («...обычный диаметр кишки у новорожденного – 5-6 см»; «... разрыв намата мозжечка у новорожденного является следствием гипоксии головного мозга») и ложным толкованием медицинских терминов. Вследствие этого возникает множество противоречий с историей болезни.

Совокупность перечисленных дефектов участия в предварительном следствии не только демонстрирует неуместное легкомыслие и неосознанную небрежность по отношению к процедуре следствия, но и ведет к закономерному обвинительному приговору в уголовном процессе и удовлетворению гражданского иска. Для постепенного «излечения» от этих болезней могут быть использованы следующие элементы системного подхода:

- Обеспечение врачам в процессе общения со следствием юридического сопровождения, компетентного в процессуальном, уголовном, гражданском и трудовом праве, нормативной базе охраны здоровья и конкретных особенностях медицинского конфликта.

- Обеспечение системного подхода к анализу и разрешению конфликта с пациентом:
 - руководство построением линии защиты следует возложить на тандем «юрист – начмед» (или заместитель главного врача по экспертизе);
 - определить их как инициаторов создания группы врачей и заведующих, участвующих в предварительном следствии;
 - уделить внимание согласованию показаний свидетелей;
 - провести объективный анализ ситуации на заседании Врачебной Комиссии, определить сущность произошедшего, субъекта допущенных нарушений и придерживаться впредь избранной линии защиты ЛПУ и тактики участия в следственных действиях;
 - практиковать изложенную форму перспективного планирования, по возможности, не откладывая, **по всем серьезным претензиям к оказанию медицинской помощи.**

Подводя итог под особенностями допроса медицинских работников на этапе предварительного следствия, считаем необходимым подчеркнуть следующее:

- Допрос при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников весьма сложен, и эффективность его тем выше, чем выше опыт и специализация следователя по этому виду преступлений.
- При расследовании и ведении допроса медика положительную роль играет судебно-медицинское экспертное сопровождение следователя, которое практикует СК РФ в единичных случаях, но рассчитывает распространить этот опыт широко.
- Информация о методике и тактике расследования правонарушений и, в частности, о допросе медика в качестве свидетеля, подозреваемого и обвиняемого стала важной для медицинских работников. По этой причине ею должна быть дополнена постдипломная подготовка врачей в циклах медицинского права.

Процедура допроса в судебном заседании по «медицинским делам» существенно отличается от допроса в процессе предварительного следствия. В суде происходит повторное исследование доказательств. Поэтому в отличие от следствия аргументы в

пользу оснований уголовной ответственности уже добыты следователем, а не появляются поодиночке в процессе следственных действий. По этой причине они могут быть оценены в комплексе, системно, что обеспечивает целостное представление о медицинском происшествии.

Кроме того, реализация в суде публичности при рассмотрении доказательств вносит свои особенности в процедуру допроса. Это особенно заметно при **допросах членов экспертных судебно-медицинских комиссий:**

- Сложность допроса экспертов, как это ни парадоксально, обусловлена склонностью суда доверять их доводам более, чем другим доказательствам, – в силу процессуального положения сведущих лиц, наличия формальных признаков компетентности в виде степеней и званий. И это доверие суда естественно и продуктивно, если он имеет дело с комиссией из добросовестных и компетентных врачей. Однако прямо противоположный эффект суд имеет, доверившись группе лиц, лишь приблизительно знающих свое дело. Как показывает практика, для разрешения элементарных вопросов с такими экспертами потребуются нескончаемый ряд повторных экспертиз.
- Линия поведения **недобросовестного (или безответственного)** эксперта отличается «легкостью в мыслях необыкновенной» [6, с. 18], что, видимо, обусловлено уверенностью в безнаказанности и пренебрежением к собственной репутации. Поэтому он легко входит в противоречия с подписанным ранее заключением, со своими прежними аргументами, с другими членами экспертной комиссии и участниками процесса, что является главным основанием для недоверия ему. Косвенным же признаком «слабого» заключения компетентные эксперты считают многословие, замешанное на неконкретном наукообразии.
- В линии поведения в суде эксперта **добросовестного**, как правило, присутствует реальная приверженность данному ранее заключению, выраженная в ответах сторонам, в постоянном обращении к тексту заключения, с аргументами которого он не собирается расходиться даже в мелочах. При

этом он активно, но не перестраховываясь, пользуется своими правами: ходатайствует о списке вопросов и времени на подготовку, чтобы исключить «блиц-допрос», чреватый ошибками и выходом (точнее – запланированным выводением) за пределы компетенции.

- В настоящее время суды по непонятным причинам лишают членов экспертных комиссий права присутствовать в судебном заседании, знать о ходе процесса и установленных судом обстоятельствах. Следуя к апофеозу бесправия эксперта, судьи практикуют **раздельный допрос** членов экспертной комиссии, **подписавшей единое заключение**. Экспертов при этом в зал судебного заседания вызывают поодиночке, выдерживая уважаемую комиссию, как свидетелей, в коридорах суда. Этими необоснованными действиями суд лишь искусственно увеличивает риск противоречий между ответами экспертов. Для достижения этой цели следует ещё лишить экспертов права пользоваться текстом заключения, и в силу затухания впечатлений, противоречия в ответах экспертов будут обеспечены. **А суд будет вынужден назначить повторную экспертизу.** Неизбежность возникновения противоречий между экспертами при такой организации допроса суд должен учитывать при планировании судебного заседания. Конечно, это зависит и от того, позитивно ли относится суд к заключению экспертов или заранее решил его опровергнуть.
- В то же время мы убеждены, что экспертная комиссия, уверенная в обоснованности своего заключения для справедливого приговора суда, имеет реальные основания противостоять даже жестким условиям раздельного допроса. Для этого:
 - председатель экспертной комиссии всегда должен ориентировать членов комиссии именно на сложные условия раздельного допроса;
 - особое внимание следует уделить подготовке экспертов – клиницистов с установкой на использование данного ранее заключения как «стержня» при допросе в суде;
 - при возможности, начинать и заканчивать процедуру допроса выступлениями наиболее опытных, уверенных и психологически устойчивых членов экспертной комиссии. Потому

что на первого из них обрушивается **максимальный объем вопросов**, при допросе последующих экспертов перечень вопросов приобретает более конкретные очертания и точные формулировки – в связи с тем, что для допрашивающих проясняются слабые (и сильные) стороны экспертной позиции. Последнему же эксперту достаются уже откорректированные и наиболее сложные для ответа формулировки вопросов.

- Любая экспертная комиссия должна знать и иметь в виду применение к экспертам особых методик допроса:
 - в виде «перекрестного допроса», например, двумя защитниками – в достаточно быстром темпе, с дублированием вопросов, имеющим целью публично ввести в противоречие или вывести за пределы компетенции [4, с. 8-15; 7, с. 270-275].
 - в виде «накопления положительных ответов»: имея целью получить положительный ответ на «главный и значимый вопрос», допрос начинают с множества простых вопросов, на которые эксперт даст заведомо утвердительные ответы. Это настраивает допрашиваемого на аналогичный позитивный лад и в отношении последнего вопроса, главного для существа дела. Успех допроса здесь зависит от точности формулировок, которые должны заведомо обречь эксперта на утвердительный ответ.

Благодаря современной системе регистрации хода судебного заседания в протоколе точно фиксированы показания экспертов. Поэтому мы имеем возможность привести пример очевидных противоречий допроса четырех экспертов подписанному ими заключению. Причем, если в заключении причиной смерти был признан массивный гемоторакс при повреждении межреберной артерии в момент плевральной пункции, а между этим дефектом и наступлением смерти установлена прямая связь, то при допросе эксперты дословно заявили обратное.

Эксперт №1: «Мы... не установили достоверно причину этого кровотечения [гемоторакса – прим. авт.]... мы предположили, что скорее всего, это было повреждение сосудов среднего калибра при пункции. ... в период проведения пункции смерть была уже непредотвратима». На вопрос гражданского ответчи-

ка: «Правильно ли я понимаю, что гемоторакс начался до пункции?» – ответ: «Да, признаки кровотечения были до пункции».

Эксперт №2. При наличии вывода «Экспертная комиссия считает, что патологоанатомический диагноз больной N выставлен неправильно» на допросе дан ответ: «Мы подтверждаем диагноз, выставленный... патологоанатомом». На вопрос судьи: «Суд правильно понимает, если бы пункция не была проведена, смерть N наступила бы всё равно?» – ответ: «Все равно, но чуть-чуть раньше. Предлагаем сравнить показания, разделенные 10-15 минутами, – об одном объекте исследования:

1. «Единственным доказательством повреждения межреберных артерий это то, что...обнаружены местные локальные кровоизлияния».
2. «Они [эти кровоизлияния – прим.авт.] подтверждают диагноз острой дыхательной недостаточности».

Эксперт №3. «Кровотечение возникло при пункции, но при какой? Могу сказать точнее – не при последней [то есть той, которая находится в связи со смертью, как установлено в заключении – прим. авт.]. На вопрос подсудимой: «В экспертизе сказано, что причиной смерти является кровотечение, вызванное плевральной пункцией?» – ответ: «...причина смерти была асфиксия, сердечно-легочная недостаточность...» На вопрос гособвинителя: «В заключении сказано, что между проведением плевральной пункции и наступлением смерти есть причинно-следственная связь». – ответ: «...когда конкретно и при какой пункции я сказать не могу». И через 2 минуты на вопрос: «Вы подтверждаете выводы экспертизы?» – ответ: «Да».

Эксперт №4. На вопрос: «Могла ли явиться причиной смерти пункция? [которая приведена в заключении как причина смерти – прим. авт.]. – ответ: «Я не могу ответить на этот вопрос, потому что не могу сказать, повреждался сосуд или не повреждался». «...состояние пациентки [на момент проведения пункции – прим. авт.] было уже крайне критическим... поэтому рассуждать о возможном благоприятном исходе...маловероятно. ...раз при последней пункции получили кровь, значит, она уже там была. Источник? Я этого не могу сказать. Если патологоанатом не видит источника, то тут можно только рассуждать и предполагать». На вопрос суда: «Наступила

бы смерть N при непроведении пункции?» – ответ: «наступила бы... Кровь была в плевральной полости до пункции». Вопрос: «Вы связываете в заключении пункцию и наступление смерти, а в суде такого вывода нет. Все-таки усматриваете связь или нет?» – ответ: «...причинно-следственная связь... – это кровотечение в плевральную полость. Однако источник не ясен... Может быть, эта пункция и наложила дополнительное кровотечение. **Вот как-то так**».

Процитированный набор наречий и частиц – «**вот как-то так**» – можно взять эпиграфом к содержанию допроса этих экспертов, при котором все они без особого труда участников процесса допустили множество противоречий. Следует заметить, что от приговора суда (и в первую очередь – от экспертизы) зависела судьба анестезиолога с большим стажем, привлекаемого по ст. 109 УК РФ.

Исход уголовного процесса благодаря настойчивости и «внутреннему убеждению судьи» оказался благополучным: наш коллега после повторной экспертизы по предъявленному обвинению оправдан.

В заключение отметим, что в этой статье мы привели результаты анализа допросов медицинских работников на предварительном следствии и в суде. Надеемся, что они помогут и врачам – членам экспертных комиссий, и судебно-медицинским экспертам в нелегкой и крайне ответственной работе. А цитаты из протоколов допроса в суде позволят посмотреть на себя со стороны, ощутить вес слова эксперта и помнить, что **язык мой – враг мой: прежде ума рыщет, беду сыщет**.

Список литературы:

1. Руководство для следователей. / Под ред. Н.А. Селиванова, В.А. Снеткова. М.: Инфра-М., 1997. С. 306-333.
2. Коновалов С. И., Моторин А.С. Допрос в уголовном судопроизводстве. Ростов-на-Дону: Издательство ДЮИ, 2008. 164 с.
3. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. 293 с.
4. Александров А.С., Гришин С. П. Перекрестный допрос: учебно-практическое пособие. М.: Проспект ТК Велби, 2005. 296 с.
5. Аверьянова Т.В., Белкин Р.С., Корухов Ю.Г., Россинская Е.Р. Криминалистика. Учебник для вузов. 3-е изд. М.: Норма, 2010. 990 с.

6. Гоголь Н.В. Ревизор. Комедия в 5 действиях. Собр. Соч. в 9 т. Т.4. М.: Русская книга, 1994.
7. Френсис Л. Веллман. Искусство перекрестного допроса. М.: Американская ассоциация юристов, 2011. 294 с.

Об авторах:

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

Семенов Александр Сергеевич – начальник ОБУЗ особого типа Владимирской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Владимир, e-mail: VladSME@mail.ru

Астраух Алексей Анатольевич – врач-судебно-медицинский эксперт, заведующий отделом особо сложных экспертиз ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», Иваново.

Федорова Александра Сергеевна – врач-судебно-медицинский эксперт ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», Иваново.

Erofeev Sergey Vladimirovich – Head of the Bureau of Forensic Medical Examination of the Ivanovo Region, Head of the Department of Forensic Medicine and Law of the State Medical University of Higher Professional Education «Ivgma MZ RF», Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Health Worker of the Russian Federation, Ivanovo.

Semenov Alexander Sergeevich – head of a special type of specialty office of the Vladimir region «Bureau of Forensic Medical Examination», Vladimir.

Alexey A. Astraukh – forensic medical expert, head of the department for particularly complex examinations of the Bureau of Forensic Medical Examination of the Ivanovo Region, Ivanovo.

Fedorova Alexandra Sergeevna – forensic medical expert of the Bureau of Forensic Medical Examination of the Ivanovo Region, Ivanovo.

© Ерофеев С.В., Семенов А.С., Астраух А.А., Федорова А.С., 2017

Збруева Ю.В., Джувалыков П.Г., Богомолов Д.В.

РОЛЬ ЯТРОГЕНИИ В ТАНАТОГЕНЕЗЕ

Статья посвящена анализу качества оказания медицинской помощи населению по материалам судебно-медицинского исследования трупов.

Ключевые слова: ятрогения, танатогенез, судебная медицина.

Zbrueva Y.V., Dzhuvalyakov P.G., Bogomolov D.V.

THE ROLE OF IATROGENY IN TANATOGENESIS

The article is devoted to the analysis of the quality of rendering medical aid to the population on the basis of forensic medical research of corpses.

Keywords: iatrogenia, tanatogenesis, forensic medicine.

Проблема изучения танатогенеза при различных видах повреждений традиционно актуальна для судебной медицины как в практическом, так и в теоретическом отношениях [6, с. 184; 14, с. 243].

В частности, очевидно, что выяснение непосредственной причины смерти и её связи с повреждениями крайне важны для ответа на вопросы представителей следственных органов, т.к. последние часто интересуются такой связью. В теоретическом отношении выяснение всей последовательности событий при смертельном исходе от того или иного повреждения необычайно богато эвристическим потенциалом в отношении патофизиологических и патоморфологических изысканий [3, с. 40; 4, с. 9].

В современной науке прочно утвердилось положение о том, что «нельзя провести ни одного наблюдения без возмущения объекта». Это общенаучное положение в наибольшей мере относится к живым объектам, особенно к человеку. Диагностические и лечебные мероприятия, применяемые в медицинской практике, влекут за собой широкий спектр реакций со стороны больного. Вследствие устоявшейся врачебной логики обычно наибольшее внимание уделяют положительным сторонам их применения и лишь при явной выраженности отрицательных проявлений говорят о так называемом побочном (нежелательном) влиянии, в то время как любое воздействие содержит тот и другой компоненты – положительный и отрицательный [1, с. 104; 11, с. 243].

Судебная медицина призвана способствовать улучшению лечебной помощи населению путем оценки качества лечения, с использованием специальных судебно-медицинских знаний. Оценка тяжести вреда здоровью, причиненного медицинскими работниками вследствие ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей, относится к одной из основных практических и научных задач, стоящих перед судебной медициной [12, с. 6].

Анализ экспертной практики и научные исследования, проводимые в течении последнего десятилетия, показывают, что наибольшее число претензий к правильности, в том числе своевременности, оказания медицинской помощи предъявляют врачам хирургических специальностей, в том числе акушерам-гинекологам [2, с. 38; 5, с. 29; 6, с. 181; 7, с. 52; 13, с. 44].

В литературе существуют различные определения и классификации ятрогений, которые имеют существенные отличия в трактовке их этиологии и патогенеза.

Наиболее обоснованным, четким и соответствующим медицинской практике представляется определение В.В. Некачалова (1990), обозначившего ятрогении как заболевания, патологические процессы, состояния, необычные реакции, возникновение которых обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения больных, выполнение диагностических или профилактических процедур [8, с. 14; 9, с. 20].

Рассматривая ятрогении как одну из важнейших, в первую очередь, медицинских проблем, В.В. Некачалов рекомендует не отождествлять их с «нанесением вреда больному», а предлагает термин «ятрогенный патоморфоз» и подчеркивает неправомерность представления об ятрогении лишь как о последствиях ошибочных действий врача.

Согласно рекомендации конференции экспертов ВОЗ (1993) по пересмотру Международной классификации болезней (МКБ-10), ятрогении могут быть отнесены ко всем рубрикам клинического и патологоанатомического диагноза: «Если смерть наступила в результате неблагоприятного воздействия лечения, предложено кодировать именно эту причину, а не заболевание, по поводу которого проводилось лечение. Это означает, что основным

заболеванием является смертельная ятрогения, независимо от того, правильно или неправильно, по ошибочному или истинному диагнозу проводилось лечение».

Проведение инфузионно-трансфузионной терапии, сопряженное с нарушением правил, действующих инструкций, рекомендаций, при отсутствии прямого умысла причинения вреда здоровью больного подразумевает дефект лечения [10, с. 25].

В процессе секционного исследования необходимо четко дифференцировать повреждения, которые возникли в результате осложнений медицинских манипуляций, и оценить их роль в танатогенезе.

Приведем примеры, которые были выявлены в процессе судебно-медицинского исследования трупа и осложнили течение основного заболевания.

У женщины 86 лет, которая поступила в стационар с проникающим торакоабдоминальным ранением справа, с повреждением нижней доли правого легкого, с ранением диафрагмы, с внутриплевральным кровотечением; гемоперитонеум; непроникающей колото-резаной раной грудной клетки слева. Больная провела в стационаре 1 койко-день.

В данном наблюдении при судебно-медицинском исследовании установлено, что не был диагностирован проникающий характер колото-резаной раны грудной клетки слева с повреждением нижней доли левого легкого. Установлено, что в наблюдении диагностирован комбинированный танатогенез, который проявлялся сочетанием мозгового, легочного и сердечного компонента.

У мужчины 53 лет, который поступил в стационар с закрытой спинномозговой травмой с переломом 4 и 12 грудных позвонков, остистых и поперечных отростков 3-4, 12 грудных позвонков, остистых и поперечных отростков 1-2 поясничных позвонков. Больной провел в стационаре 11 койко-дней.

В данном наблюдении при судебно-медицинском исследовании установлено, что преобладало трехкратная гиперинфузия, которая проявлялась в отеках головного мозга, отеке легких, гидрорическом нефрозе. Тип танатогенеза отмечен комбинацией мозгового, легочного и почечного компонента.

У мужчины 47 лет, который поступил в стационар с закрытой черепно-мозговой травмой с кровоизлияниями под оболочки и вещество головного, не диагностировано кровотечение из язвы 12-перстной кишки. Больной провел в стационаре 3 койко-дня. Тип танатогенеза являлся мозговым в дальнейшем присоединились легочный и сердечный компоненты.

У мужчины 52 лет, который поступил в стационар с закрытой черепно-мозговой травмой с переломом костей свода и основания черепа и с кровоизлияниями под оболочки и вещество головного мозга, не диагностирована двусторонняя гнойная пневмония.

В данном наблюдении при судебно-медицинском исследовании трупа не обнаружена черепно-мозговая травма. Больной провел в стационаре 5 койко-дней. Тип танатогенеза в данном случае проявлялся комбинацией легочного и мозгового компонента.

Вопрос о врачебных ошибках и ятрогении продолжает сохранять свою актуальность.

Таким образом, актуальность всестороннего изучения ятрогений в медико-правовом аспекте не вызывает сомнений. Располагая возможностью и материалом для изучения ятрогений, судебные медики могут создать основу для решения важных задач, касающихся практики и организации здравоохранения.

Анализ литературы и собственных наблюдений свидетельствует об актуальности применения танатологического анализа, который позволяет объяснить нерешенные проблемы причины смерти на разных сроках пребывания в стационаре, возможно, уточнить соответствие диагнозов и адекватность проводимой терапии.

Список литературы:

1. Ацель Е.А. Оценка качества медицинской помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель // Астраханский медицинский журнал. 2013. Т. 8. №3. С. 104-107.
2. Баринев Е.Х. К вопросу о категории вреда медицинской помощи / Е.Х. Баринев, И.Л. Балашова, О.И. Косухина, С.А. Корсаков, Н.А. Михеева, А.В. Скребнев, М.А. Сухарева, П.О. Ромадановский, З.П. Чернявская, Е.Н. Черкалина // Актуальные проблемы судебной медицины, медицинского права и биомедицинской этики. М., 2011. С. 31-38.

3. Богомолов Д. В. Возможность применения модальной логики при танатологическом анализе в судебной медицине и патологии / Д. В. Богомолов // Проблемы экспертизы в медицине. 2003. №4. С. 40-42.
4. Богомолов Д. В. Установление механизма смерти при судебно-медицинском исследовании трупа / Д.В. Богомолов, И.Н. Богомолова, О.В. Должанский // Судебно-медицинская экспертиза. 2005. Т. 48. №6. С. 9-12.
5. Вакуленко И.В. Актуальные вопросы врачебных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи населению / И.В. Вакуленко, П.Г. Джувалыков, Г.П. Джувалыков // Медицинская экспертиза и право. 2016. №2. С. 25-29.
6. 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. №1 (том 6). С. 181-184.
7. Збруева Ю. В. Клиническое и судебно-медицинское обоснование причин смерти в ЛПУ г. Астрахани в случаях механической травмы / Ю. В. Збруева // Медицинская экспертиза и право. 2011. №3. С. 50-52.
8. Некачалов В. В. О ятрогенной патологии / В. В. Некачалов // Архив патологии. 1990. №11. С. 7-14.
9. Некачалов В. В. Ятрогения (патология, диагностика и лечение): Пособие для врачей. СПб, 1998. 42 с.
10. Поздеев А.Р. Судебные медики Удмуртии о состоянии экспертной деятельности и медицинских дефектах / А.Р. Поздеев, С.В. Смирнов, В.И. Жихорев В.И., Т.Р. Закиров // Проблемы экспертизы в медицине. 2004. Т. 4. №2 (14). С. 23-25.
11. Селезнев, С. А. Травматическая болезнь и ее осложнения / С. А. Селезнев, С. Ф. Багненко, Ю. Б. Шапота, А. А. Курыгина. СПб.: Политехника, 2004. 414 с.
12. Сергеев Ю. Д. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев // Медицинское право. 2003. №1. С. 4-6.
13. Сухарева М.А. Случай ненадлежащего оказания медицинской помощи в пульмонологической практике / М.А. Сухарева, Е.Х. Баринев, О.И. Косухина // Главный врач: Хозяйство и право. 2013. №5. С. 43-44.
14. Тимофеев И. В. Патология лечения. Руководство для врачей / И. В. Тимофеев. СПб.: Северо-Запад, 1999. 656 с.

Об авторах:

Збруева Юлия Владимировна – ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, доцент кафедры судебной медицины, кандидат медицинских наук, Астрахань, e-mail: z_b_r@mail.ru

Джувалыков Павел Георгиевич – министр здравоохранения Астраханской области; ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой судебной медицины, доцент, доктор медицинских наук, Астрахань

Богомолов Дмитрий Валериевич – ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, доктор медицинских наук, Москва

Zbrueva Yulia Vladimirovna – Astrakhan State Medical University, Associate Professor of the Department of Forensic Medicine, Candidate of Medical Science, Astrakhan

Dzhuvalyakov Pavel Georgievich – Minister of Health of the Astrakhan Region; FGBOU VO Astrakhan Medical Department of the Ministry of Health of Russia, Head of the Department of Forensic Medicine, Associate Professor, Doctor of Medical Sciences, Astrakhan

Bogomolov Dmitry Valerievich – FGBU «RCSME» of the Ministry of Health of Russia, MD, Moscow

© Збруева Ю.В., Джувалыков П.Г., Богомолов Д.В., 2017

Клевню В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ

В статье обобщен опыт организации производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз дефектов медицинской помощи в Московской области, а также доступных заключений эксперта, выполненных в других экспертных учреждениях. Выявлены и проанализированы наиболее острые проблемы как со стороны судебно-медицинской службы, так и со стороны следственных органов. По итогам анализа установлено, что наиболее существенные проблемы лежат в плоскости судебно-медицинской экспертизы.

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

Klevno V.A., Veselkina O.V., Sidorovich Yulia

PROBLEMS OF ORGANIZATION AND PRODUCTION OF FORENSIC MEDICAL EXPERTISE OF MEDICAL MALPRACTICE IN CRIMINAL PROCEEDINGS

in this article experience of organization and production of complicated expertises of medical malpractice in Moscow Region and available expert conclusions from other regions were summarized. Most frequent problems of healthcare service and investigative authorities were revealed and analyzed. Result of analysis that the most significant problems localized in a field of forensic medical expertise.

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

Как и многие Бюро судебно-медицинской экспертизы с традиционно сильными отделами сложных (комиссионных) экспертиз, Бюро СМЭ Московской области ежегодно производит многокомпонентный анализ экспертиз дефектов медицинской помощи. Такой анализ в течение последних пяти лет публикуется в виде отдельного издания – ежегодного доклада [1, 2, 3] – мониторинга дефектов оказания медицинской помощи.

Экспертизы дефектов медицинской помощи являются, пожалуй, одним из самых сложных видов экспертиз в судебно-ме-

дицинской практике. Сложных как по сути разрешаемых вопросов, так и по организации производства самой экспертизы. Как и многие исследователи, мы отмечаем стойкий ежегодный рост количества таких экспертиз, что обусловлено острой потребностью следственных органов, выполняющих в свою очередь потребности общества в правосудии. В то же время, следует признать, что механизм расследования правонарушений медицинских работников, существенной частью которого является назначение и производство судебно-медицинской экспертизы, в настоящее время не отлажен и изобилует большим количеством проблем как с каждой из сторон по отдельности, так и общих проблем межведомственного характера. В настоящем сообщении принята попытка обобщить проблемы расследования профессиональных правонарушений медицинских работников (той ее части, которая относится к компетенции судебно-медицинской экспертизы) и предложить пути решения, которые позволят организовать эффективное взаимодействие следственных органов и судебно-медицинской службы, повысив качество экспертиз и, следовательно, качество расследования преступления.

Материал и методы. Проанализирован опыт организации производства комиссионных экспертиз дефектов оказания медицинской помощи, выполненных в Бюро судебно-медицинской экспертизы в течение 5 лет. Анализу подвергались как чисто экспертные вопросы, так и вопросы взаимодействия со следственными органами начиная с этапа назначения экспертизы, вплоть до момента принятия решения по делу. Также анализировались заключения эксперта из других экспертных учреждений, которые стали доступны как в рамках производства повторных комиссионных экспертиз, так и в рамках сотрудничества Ассоциации судебно-медицинских экспертов с НП «Национальная медицинская палата».

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ позволил разделить проблемы на две больших ведомственно обусловленных группы.

1. Проблемы со стороны судебно-медицинской службы.

1. Проблема кадров для отделов сложных экспертиз и их подготовки. Быстрый рост количества экспертиз дефектов медицин-

ской помощи привел к коллапсу подавляющего числа экспертных подразделений. С начала 90х годов прошлого века мы начали фиксировать взрывной рост числа таких экспертиз, когда их число увеличивалось в разы. 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. Однако набор экспертов произвести быстро невозможно – судебно-медицинская экспертиза редкая медицинская специальность, комплектующаяся по остаточному принципу из-за тяжелых условий труда. Отделы сложных (комиссионных и комплексных) экспертиз стоят особняком в своей специальности и требуют дополнительной подготовки и определенных навыков. Потому увеличение штата такого отдела – всегда требует значительного времени.

2. Проблема сроков производства экспертиз дефектов оказания медицинской помощи. Недостаточность экспертных кадров отделов сложных (комиссионных и комплексных) экспертиз привела к увеличению и без того немалых сроков производства экспертиз. Сами по себе сроки экспертизы дефектов медицинской помощи обусловлены трудоемкостью ее организации, необходимостью проведения сначала подготовительных исследований (повторное гистологическое исследование, описание рентгенограмм и томограмм и т.п.), а затем привлечения, как правило, нескольких внештатных экспертов к ее производству. Соответственно написание проекта выводов и его согласование с членами экспертной комиссии также является сложной интеллектуальной задачей, требующей времени. В случае если к проблеме кадров (то есть перегруженности экспертного подразделения) и трудоемкости самой экспертизы прибавлялись длительные сроки сбора следователем всех необходимых документов, то сроки производства экспертизы увеличивались значительно, исчисляясь многими месяцами. Это породило своеобразную практику отказов от производства экспертизы в ряде экспертных учреждений. Отказы при этом мотивировались «лучшими побуждениями» и содержали рекомендации по назначению экспертизы в какое-нибудь другое экспертное учреждение. Приведем фрагмент одного

из таких писем: «Информирую Вас, что в ГСЭУ имеется многомесячная, значительно более полутора-двух лет, очередь на производство экспертиз... и в настоящее время полностью отсутствует возможность своевременного, с соблюдением сроков выполнения повторных и другого рода экспертиз. Таким образом, для соблюдения разумных сроков расследования уголовного дела, а также исключения от возможной ответственности виновных, настоятельно рекомендую Вас обратиться в другое ГСЭУ» (стилистика и орфография автора соблюдены).

Между тем для следственных органов сроки производства экспертизы имеют ключевое значение, так как сроки давности по основным статьям уголовного кодекса, применяемых в отношении медицинских работников составляют 2 года. Поэтому ждать «полутора-двух лет» только до начала производства экспертизы следствие просто не может.

3. Проблема частных судебно-медицинских экспертных учреждений. Эта проблема была порождена отчасти громадными сроками производства экспертизы, очередью в государственных СМЭУ. Следствие просто вынуждено было искать альтернативные варианты и назначать экспертизы, которые ранее никогда не назначались частным экспертам именно им. К сожалению, многие авторы отмечают, что качество в негосударственных учреждениях является столь невысоким, а профессиональные знания некоторых экспертов настолько сомнительными, что, казалось бы, хорошее решение предыдущей проблемы закономерно приводит к необходимости назначения повторных комиссионных экспертиз в связи с противоречиями выводов двух экспертиз.

4. Проблема нормативно-правового регулирования и утвержденных методик комиссионной экспертизы дефектов оказания медицинской помощи (далее – ДОМП). Приведенная проблема является, пожалуй, наиболее весомой среди выявленных нами проблем. Мы выделили подпроблемы, соответствующие этапам экспертизы ДОМП:

- разные подходы к объему представляемых материалов. Одни СМЭУ для производства экспертизы требуют предоставления только подлинных медицинских документов, в полном объеме, отражающих период лечения больного во всех медицинских

учреждениях, другие довольствуются копиями, третьи вообще запрашивают только документы об одной медицинской организации, которая на конкретном этапе следствия рассматривается им, либо производят экспертизу на основании справок и выписок. Нет единого подхода к необходимости изучения материалов дела в случаях экспертиз ДОМП, многие СМЭУ даже не приводят показания медицинских работников, которые, при должном анализе, могут существенно менять суждение о случае. А выявление организационных дефектов медицинской помощи без изучения показаний, документов по организации работы медицинской организации и сведений о квалификации медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь пациенту – попросту невозможно;

- разные подходы к вопросу привлечения внештатных экспертов. Не все экспертные учреждения считают, что необходимо привлекать внештатных экспертов к производству экспертизы. Действующие нормативно-правовые документы [7] фактически не несут обязанности по включению врачей клинического профиля в экспертные комиссии. Наиболее остро стоит эта проблема в некоторых региональных Бюро СМЭ, которые либо полностью отказываются от производства этих экспертиз, либо проводят их самостоятельно (в составе комиссии только судебно-медицинские эксперты). Аналогичную проблему мы отметили при анализе экспертиз, выполненных в негосударственных экспертных учреждениях. Последнее, по видимому, связано с желанием провести экспертизу в короткие сроки (в ряде случаев они не превышают 2-х недель!) за невысокую цену;

- отсутствие четкого нормативно-правового регулирования экспертиз ДОМП, особенно в части установления вреда, причиненного здоровью человека. Ошибки при квалификации вреда, причиненного здоровью человека являются одними из наиболее часто встречающихся в практике экспертиз ДОМП [4, 5];

- отсутствие четких, закрепленных нормативно-правовыми документами, подходов к пределам компетенции врачей судебно-медицинских экспертов, а также к установлению медицинской части причинно-следственной связи. Логические ошибки при производстве судебно-медицинских экспертиз авторами

приводились еще в прошлом веке, однако в последние годы объем таких ошибок значительно возрос. В основе их лежит выход за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта и попытка оценки сугубо юридических понятий «действие» и «бездействие», при этом прямая причинно-следственная связь чаще всего устанавливается в нарушение законов логики, в угоду следственным органам.

В этом блоке следует отметить отказ экспертных комиссий от анализа действий конкретных медицинских работников, со ссылкой на выход за пределы компетенции эксперта. Безусловно, установление виновных лиц является исключительной прерогативой следственных органов и суда. В то же время следует обратить внимание на то, что медицинская услуга почти никогда не оказывается одним врачом. В подавляющем числе случаев медицинская услуга оказывается несколькими медицинскими работниками из разных отделений медицинской организации, при этом оказание медицинской помощи происходит на фоне организационных особенностей конкретной медицинской организации. Оценивать медицинскую помощь и дефекты ее оказания, допущенные врачом в отрыве от условий в которых она оказывалась – категорически не верно. Отказ от попыток разобраться в субъективных и объективных причинах допущенных дефектов влечет за собой гипердиагностику преступлений конкретных медицинских работников и, напротив, гиподиагностику дефектов организации которые в части случаев являются основной причиной неблагоприятного исхода для больного.

Проблема нормативно-правового регулирования и утвержденных методик комиссионной экспертизы ДОМП приводит нас к одной из существенных проблем для следствия – проблеме сравнимости заключений эксперта, полученных из разных СМЭУ. Как следователю, не обладающему специальными познаниями сравнить три экспертизы, если в первую произвели два судебно-медицинских эксперта и не установили каких-либо дефектов медицинской помощи; вторую – экспертная комиссия с участием клиницистов, но без исследования гистологических препаратов и рентгенограмм, томограмм, при этом установив ДОМП; а третья экспертиза произведена и с исследованиями, и с привлечени-

ем врачей клинических специальностей, при этом не установив ДОМП? Все это приводит к так называемому «синдрому множественности экспертиз», который отмечается повсеместно и к подозрениям следственных органов в сговоре, коллегиальности местных СМЭУ с органами здравоохранения.

II. Проблемы со стороны следственных органов.

1. Увеличение числа материалов доследственной проверки и уголовных дел, возбужденных в связи с подозрением на профессиональные правонарушения медицинских работников. Динамика поступления дел для производства судебно-медицинских экспертиз в Бюро СМЭ Московской области, а также данные авторов из других субъектов Российской Федерации показывают, что следственные органы резко, в одночасье, изменили позицию по отношению к «преступлениям, совершаемым медицинскими работниками» [6]. При изменении политики следственные органы не оценивали возможных последствий, полагая, что судебно-медицинская служба должна будет перестроиться для выполнения увеличившейся потребности следственных органов. Однако, количество поступающих для производства экспертиз дел возросло настолько быстро и так существенно, что это привело к коллапсу почти всех экспертных подразделений по всей стране, а в ряде регионов, обусловило обратный эффект – отказ Бюро СМЭ от проведения такого рода экспертиз. Проблема коллапса государственной судебно-медицинской медицинской службы, с учетом самих проблем отрасли, о которых сказано в первой части статьи, привела следствие к осознанию того, что нужно что-то делать и решение не заставило себя долго ждать: объявлено о создании экспертных подразделений при Следственном комитете. Позволит ли это решить накопившиеся проблемы? Отнюдь. Ведь главный вопрос – кадров и четких правил производства экспертиз ДОМП не решен. Создание экспертных подразделений в еще одном ведомстве, по мнению некоторых опытных судебно-медицинских экспертов, приведет лишь к оттягиванию и без того недостаточных кадров из ГСМЭУ, что только усугубит кризис.

2. Длительное расследование дел. Производство множественных комиссионных экспертиз. Мы отмечаем склонность следствия к длительному расследованию «жалобных» дел, когда

сколько экспертиз не проведи, в каких экспертных учреждениях, каких форм собственности или подчинения – «жалобщик» остается недоволен отсутствием желаемого результата и основанием для назначения очередной экспертизы является «не согласие потерпевшего с выводами уже проведенных экспертиз». Стоит отметить, что почти все эти экспертизы крайне трудоемки, так как речь, как правило, идет о коморбидных больных с множеством соматической патологии, и, соответственно, с громадным количеством медицинской документации и необходимостью привлечения к производству экспертизы большого количества внештатных экспертов.

3. Недоверие к ГСМЭУ своего региона с подозрением в отношении судебно-медицинских экспертов в коллегиальности с органами здравоохранения. Как мы уже указывали в первой части этого сообщения, одной из основ этой проблемы является проблема самой судебно-медицинской отрасли, в которой в настоящее время отсутствует четкое регламентирование и методики производства экспертиз ДОМП. Следует отметить, что следствие не учитывает, что именно законодатель в федеральном законе «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31.05.2001 года №73-ФЗ прописал административно-территориальный принцип создания ГСЭУ, там же прописан принцип независимости эксперта и ответственность при его нарушении. Обращает на себя внимание и тот факт, что подозрения в заинтересованности относятся лишь к судебно-медицинской службе. Следственные органы сами расследуют преступления своих сотрудников имея единое подчинение руководителю, при этом вопросы «сговора» не обсуждаются. Поэтому недоверие мы считаем необоснованным.

4. Проблема выполнения экспертиз из других субъектов федерации, в том числе повторных комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Как уже указано выше, ГСЭУ в Российской Федерации создаются конкретным субъектом для обслуживания его нужд, им же и финансируются. Соответственно большинство ГСМЭУ, ссылаясь на нормативно-правовые документы отказываются от производства экспертиз из других регионов. Обращает на себя внимание и то, что большинство постановлений о назна-

чении экспертиз не содержит четкой аргументации почему экспертиза должна быть проведена в другом субъекте Российской Федерации. Как правило, речь идет о следующем: «ознакомившись с результатами экспертизы, потерпевший не согласился с выводами эксперта, в связи с чем ходатайствовал о назначении экспертизы в другом экспертном учреждении». Несогласие сторон с результатами экспертизы в настоящее время не является основания для назначения экспертизы. Такой подход лишь лишний раз подчеркивает тенденцию к длительному расследованию «жалобных дел».

5. Проблемы самого процесса расследования дел при подозрении на профессиональные правонарушения медицинских работников. Мы отмечаем практически полное отсутствие следственной инициативы, когда само по себе следствие фактически заменяется судебно-медицинской экспертизой, а все документы в материалах дела собираются только по запросу судебно-медицинских экспертов. Соответственно и наполнение уголовного дела или материала доследственной проверки сильно зависит от степени участия в этом процессе судебно-медицинского эксперта. После получения экспертизы, в случае наличия дефектов оказания медицинской помощи, прямой причинно-следственной связи, вреда, причиненного здоровью человека – следователь не предпринимает попыток установить причины допущенного дефекта медицинской помощи, что в нередки приводит к ошибочному с судебно-медицинской точки зрения обвинению конкретного медицинского работника и гиподиагностике организационных дефектов медицинской помощи.

6. Проблемы применения уголовного закона при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников. Как в судебно-медицинской службе существует системная проблема в виде отсутствия единых подходов к производству экспертиз ДОМП, так и у следствия существует проблема единого подхода к расследованию профессиональных правонарушений медицинских работников, квалификации преступления, направлении дела в суд. Даже в пределах одного субъекта РФ одинаковое по сути преступление (оставление салфетки в брюшной полости) в одном районе Московской области может рас-

следоваться следователем СК в рамках уголовного дела, а в другом – дознавателем территориального УМВД в рамках материала доследственной проверки. Ежегодно подготавливая мониторинг ДОМП мы отдельно анализируем случаи, когда была установлена прямая причинно-следственная связь между ДОМП и наступлением последствий. Для нас остается всегда загадкой какое дело будет направлено в суд, а какое прекращено. В качестве примера можно привести одну из экспертиз 2015 года, когда экспертами установлено 5 ятрогенных повреждений, квалифицированных каждое как тяжкий вред, находящихся в прямой связи со смертью. Дело было прекращено. Нам известны и обратные случаи, когда без наличия прямой связи – дело направляется в суд.

Выводы и практические рекомендации.

Наиболее существенные проблемы выявлены в судебно-медицинской службе. Только решение этих проблем приведет к возможности сравнимости экспертиз из разных СМЭУ, что в свою очередь сократит сроки следствия, сделав его более качественным.

В настоящее время нужен нормативно-правовой документ, который 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 только 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 на основе только медицинских знаний. Должен быть также четко регламентирован объем проводимых исследований в рамках экспертизы дефектов медицинской помощи и пределы компетенции судебно-медицинских экспертов.

Для типовых случаев необходима разработка методических рекомендаций с отражением специальностей внештатных экспертов, которые должны быть привлечены к экспертизе в обязательном порядке; объеме необходимых исследований.

Следствию необходимы методические рекомендации для расследования типовых случаев медицинских правонарушений. Их подготовка возможна только в тесном контакте с судебными медиками, так как необходимость выполнения некоторых следственных действий требует знания специальных медицинских правил.

Для недопущения запоздалого получения информации о преступлении, невозможности восполнения необходимых исследований в связи с их утратой стоит рассмотреть вопрос об изменении потоков информации, мерах прокурорского реагирования при невыполнении медицинскими организациями специальных правил по хранению операционного, биопсийного, трупного материала, направлении трупов лиц, умерших в стационаре вместо судебно-медицинской экспертизы на патолого-анатомическое вскрытие.

Список литературы:

1. Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2016 году: ежегодный доклад / М.: Ассоциация СМЭ, 2017. С. 10-13.
2. Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад / М.: Ассоциация СМЭ, 2016. С. 11-15.
3. Клевно В.А., Веселкина О.В., Обухова Ю.Д. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2014 году: ежегодный доклад / М.: Ассоциация СМЭ, 2015. С. 5-7.
4. Веселкина О.В. Экспертные ошибки при квалификации дефектов медицинской помощи, причинивших вред здоровью. / Медицинское право: теория и практика, 2016. Том 2. №2 (4). С. 55-60
5. Веселкина О.В. Ошибки, допускаемые при оценке дефектов медицинской помощи, причинно связанных с вредом здоровью. // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск, 2016. №15. С. 40-43.
6. Веселкина О.В., Обухова Ю.Д., Клевно В.А. Анализ экспертиз по материалам уголовных дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи // Судебная медицина, 2015. №2. С. 59-60.

7. Веселкина О.В. Судебно-медицинская экспертиза дефектов медицинской помощи по материалам дела: проблемы нормативно-правового регулирования. / Медицинское право: теория и практика, 2016. Том 2. №2 (4). С. 49-54.

Об авторах:

Клевно Владимир Александрович – начальник Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, доктор медицинских наук, профессор, Московская область, e-mail: klevno@sudmedmo.ru

Веселкина Олеся Валерьевна – заведующая отделом сложных экспертиз Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач судебно-медицинский эксперт первой квалификационной категории, Московская область, e-mail: veselkina@sudmedmo.ru

Сидорович Юлия Валерьевна – врач судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», Московская область, e-mail: Lelik_one@inbox.ru

Klevno Vladimir Alexandrovich – head of federal government funded healthcare institution of Moscow Region «Bureau of Forensic Medical Expertise», forensic medical expert of highest category, doctor of medicine, professor, Moscow Region

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

Sidorovich Yulia Valer'evna – forensic medical doctor of department of complex expert examinations, Bureau of Forensic Medicine of Moscow Region, Moscow Region

Клевно В.А., Кононов Р.В.

ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В КОНТЕКСТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

В статье обсуждается понятие психическое расстройство в контексте уголовного кодекса и медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Роль понятий длительности расстройства дезадаптации применительно к определению степени тяжести вреда здоровью в случаях психических расстройств.

Ключевые слова: психическое расстройство, понятие в контексте уголовного кодекса, медицинские критерии, тяжесть вреда здоровью.

Klevno V.A., Kononov R.V.

DEFINITION «MENTAL DISORDER» IN CONTEXT OF SEVERITY OF BODIES INJURY CRITERIA

This article is about deals with evaluation of health injury's severity in cases with mental disorders. Definiton «mental disorder» in context of criminal code and medical criteria of severity of bodies injuries. Main criteria of evaluation are temporary and permanent maladjustment.

Keywords: definition mental disorder, health injury's severity, permanent and temporary maladjustment, criminal code, medical criteria.

В современной судебно-медицинской экспертной практике по делам о причинении вреда здоровью в виде психического расстройства возникает немало сложных вопросов.

Как отметил С.Н. Шишков [6, с. 26-30] в ранее действовавшем УК РСФСР (в редакции от 1960 г.) фигурировало понятие «душевное болезнь, куда в свою очередь перешло из ранее действовавшего уголовных кодексов РСФСР от 1922 г., а также уголовного уложения от 1903.

При этом под душевной болезнью (психической болезнью) понимали заболевание, проявляющееся в нарушении нормальной психической деятельности, которое существенно влияет на способность лица правильно понимать окружающую действительность и контролировать свое поведение. К душевным болезням относили шизофрению, эпилепсию, паранойю, олигофрению и другие психические заболевания. При этом законодатель-

ство устанавливало определенные ограничения дееспособности лиц, страдающих душевной болезнью. Также лицо, страдающее душевной болезнью, могло быть признано невменяемым согласно ст. 11 УК РСФСР от 1960. Медицинским критерием как указано в Комментариях [3, с. 332] к Уголовному кодексу РСФСР 1960 г служило следующее хроническая душевная болезнь (медицинский критерий) – это постоянное длительное, непрерывное, трудноизлечимое психическое заболевание: шизофрения, прогрессивный паралич, атеросклеротический и старческий психозы, энцефалический психозы, энцефалитические психозы с затяжным течением.

Душевная болезнь при этом признавалась тяжким телесным повреждением, если была установлена причинная связь этого заболевания с полученной травмой.

Понятие психическое расстройство также фигурировало в данной редакции УК РСФСР.

Так при оценке невменяемости фигурировало также понятие «временное расстройство душевной деятельности», под которым понимали непродолжительное психическое расстройство, заканчивающееся выздоровлением;

В комментариях к статье УК РСФСР в ст. 227 «Посягательство на личность и права граждан под видом исполнения религиозных обрядов», указано «...Причинение вреда здоровью граждан означает, что в результате участия лица в указанной группе или в результате ее деятельности... возникла душевная болезнь или иное нервно-психическое расстройство и т. п...». [4, с. 352]

Таким образом, понятия душевная болезнь и психическое расстройство все же были определенным образом разделены.

В судебной практике имелся прецедент [5, с. 1-3], когда термины «душевная болезнь» и «душевнобольной» были подвергнуты критике Европейским судом по правам человека. Так, в параграфе 26 Постановления по жалобе №58973/00 от 28 октября 2003 года Европейского суда по делу «Тамара Ракевич против Российской Федерации» судебная коллегия из семи международных судей, в составе которой находился и судья Европейского суда от России Анатолий Ковлер, указала, что «термин «душевнобольной» не поддается точному определению, поскольку психиатрия являет-

ся развивающейся областью как с точки зрения медицины, так и с точки зрения социальных подходов». Данное постановление суда впоследствии нашло отображение в обзорах судебных практик российских судов.

В более поздней редакции УК РФ, принятой в 1996 году несколько устаревшее понятие душевной болезни было заменено на психическое расстройство, что более соответствовало принятой медицинской квалификации болезней (МКБ-10).

Однако в классификации психических болезней МКБ-10, указывается, что понимается под психических расстройством. Во всей классификации используется термин «расстройство», поскольку термины «болезнь» и «заболевание» вызывают при их использовании еще большие сложности. «Расстройство» не является точным термином, но в МКБ-10 под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. При этом само понятие психическое расстройство никак не характеризует степень выраженности социальной дезадаптации, длительность, стойкость.

Этот подход отражен и в подзаконных УК РФ нормативных документах, посвященных вопросам определения степени тяжести вреда здоровью.

Так, согласно подп. «а» п. 4 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. №522, самостоятельным квалифицирующим признаком тяжкого вреда здоровью является «психическое расстройство». В соответствии с требованием, содержащимся в п. 3 Правил, Министерство здравоохранения и социального развития РФ своим Приказом от 24 апреля 2008 г. №194н утвердило Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (далее – Медицинские критерии). В п. 6.8 этого документа к тяжкому вреду отнесено «психическое расстройство, возникновение которого должно находиться в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью, т.е. быть его последствием».

Таким образом, формальная трактовка пункта 6.8. действующих медицинских критериев определения тяжести вреда здоровью позволяет квалифицировать преходящее психическое расстройство в форме «Острая реакция на стресс» легкой степени, симптомы которого исчезают в течение одной недели как тяжкий вред здоровью.

Выделить какую-либо определённую группу «тяжелых» психических расстройств не представляется возможным, поскольку психические расстройства одной нозологической формы могут протекать совершенно по – разному – от преходящих нарушений, проявления которых исчезают в течение короткого срока до тяжелых стойких нарушений, вызывающих значительную дезадаптацию пострадавших.

Цыро И.В. [7, с. 136-138] было предложено расценивать как тяжкий вред здоровью психические расстройства в форме острой реакции на стресс с суицидоопасными действиями, состояния тяжелой интоксикации с расстройством сознания, острые психозы с нарушениями поведения, хронические психические расстройства, возникшие у потерпевших вследствие совершения в отношении них криминальных действий, пароксизмальные расстройства, деменция, а также стойкие изменения личности и нарушения психосексуального развития.

Как средней тяжести вред здоровью оценивать временные психические расстройства непсихотического уровня, относящиеся к категории «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», проявления посткоммоционного синдрома длительностью расстройства более 3-х недель.

Как легкий вред здоровью квалифицировать психогенные состояния пограничного (непсихотического) уровня или проявления посткоммоционного синдрома с длительностью расстройства здоровью менее 3-х недель.

Клевню В.А. и А.А. Ткаченко [1, с. 36-37; 2, с. 3-7; 3, с. 11-16] было предложено в качестве квалифицирующих признаков (юридического критерия) к каждой степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства и медицинских критериев использовать как равноценный аналог критерия «утраты общей трудоспособности» критерий «дезадаптации».

В случае кратковременной дезадаптации вследствие психического расстройства устанавливается легкий вред здоровью. Два варианта длительной временной дезадаптации дифференцируют медицинские критерии в отношении средней тяжести и легкого вреда здоровью. Стойкой считается дезадаптация, длящаяся не менее 120 дней. Стойкая дезадаптация не подразумевает необратимости нарушений и предполагает дифференциацию уже по трем степеням выраженности. Длительное существование психопатологической симптоматики не исключает оценку вреда здоровью как легкого в случае кратковременной (менее трех недель) дезадаптации вследствие психического расстройства. Отсутствие дезадаптации позволяет расценить расстройство как не причинившее вред здоровью человека.

В качестве медицинского критерия квалифицирующих признаков в отношении тяжкого вреда здоровью в виде психического расстройства (кроме вреда здоровью, опасного для жизни человека) рассматривается стойкая дезадаптация выраженной степени — длящаяся не менее 120 дней дезадаптация в любой из сфер (социальной, семейной, трудовой, школьной, сексуальной), оцениваемых в соответствии с вариантами нарушений жизнедеятельности.

Таким образом, критерии судебно-медицинской оценки вреда здоровью в случаях психических расстройств детально не оговорены в действующих нормативных документах, ни в научной судебно-медицинской литературе.

В настоящее время подход к оценке вреда здоровью в случаях психических расстройств во всех случаях с применением п.6.8. действующих медицинских критериев определения тяжести вреда здоровью, не обоснован с современных научных терминологических и клинических позиций. Степень тяжести вреда здоровью в случаях психических расстройств необходимо оценивать как по признаку длительности расстройства здоровья, так и по исходу, учитывая тяжесть травмы, её последствия (степень выраженности дезадаптации) и влияние на качество жизни в дальнейшем. Неоправданно малое количество работ судебных медиков по затронутым вопросам требует интегрированного подхода и комплексного изучения этих вопросов совместно с врачами психиатрами.

Список литературы:

1. Клевно В.А., Ткаченко А.А. *Экспертиза вреда здоровью. Психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией*. М.: «Норма», 2013. С. 36-37.
2. Клевно В.А., Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю. О необходимости разработки специального перечня медицинских критериев к квалифицирующему признаку «психическое расстройство» // *Судебно-медицинская экспертиза*. 2008. №6. С. 3–7.
3. Клевно В.А., Ткаченко А.А., Чибисова И.А., Кононов Р.В. Теория и практика оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства. *«Судебная-медицина»*. Наука. Практика. Образование. 2015. №1 (3). С. 11-16.
4. Курс российского уголовного права. Особенная часть / Под ред. В.Н. Кудрявцева, А.В. Наумова. М., 2002. С. 166.
5. Учебно-практический комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под общей ред. А.Э. Жалинского. М., 2005. С. 332.
6. Руссиян С.Ф.С.Р., Шаргородский М.Д., Беляев Н.А. Комментарии к уголовному кодексу УК РСФСР. Изд-во Ленинградского ун-та, 1962. С. 352.
7. Европейский Суд по правам человека. Вторая секция. Дело Ракевич против России. (Жалоба №58973/00) Постановление Суда. Страсбург. 28 октября 2003 года, с. 1-3.
8. Шишков С.Н. Психическое расстройство как разновидность вреда, причиненного здоровью потерпевшего // *Законность*. 2010. №8. С. 26-30.
9. Цыро И.В., диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Судебно-психиатрическая оценка тяжести вреда здоровью при психических расстройствах у потерпевших», М., 2004. С. 136-138.

Об авторах:

Клевно Владимир Александрович – начальник Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, доктор медицинских наук, профессор, Московская область, e-mail: klevno@sudmedmo.ru

Кононов Роман Викторович – судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Московская область.

Klevno Vladimir Alexandrovich – head of federal government funded health-care institution of Moscow Region «Bureau of Forensic Medical Expertise», forensic medical expert of highest category, doctor of medicine, professor, Moscow Region

Kononov Roman Victorovich – federal government funded healthcare institution of Moscow Region «Bureau of Forensic Medical Expertise», forensic medical expert, Moscow Region

© Клевно В.А., Кононов Р.В., 2017

Кузьмичев Д.Е., Квасова О.О., Скребов Р.В.,
Чирков С.В., Вильцев И.М., Баринов Е.Х.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ
ЭКСПЕРТИЗ ПОТЕРПЕВШИХ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ
ПО ДАННЫМ АРХИВА ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В ГОРОДЕ
ЛАНГЕПАСЕ» ВОСТОЧНОГО ОТДЕЛА КУ ХМАО-ЮГРЫ «БСМЭ»
ЗА 10 ЛЕТ (2006-2016)**

В статье описаны статистические данные судебно-медицинских акушерско-гинекологических экспертиз за 10 лет, проведенные в одном из филиалов Восточного отдела КУ ХМАО – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Ключевые слова: акушерско-гинекологические экспертизы, изнасилование.

Kuzmichev D.E., Kvasova O.O., Skrebov R.V.,

Chirkov S.V., Viltsev I.M., Barinov E.H.

**RETROSPECTIVE ANALYSIS FORENSIC EXAMINATION OF VICTIMS
WHEN SEXUAL OFFENSES ACCORDING TO THE ARCHIVES
BRANCH «OFFICE IN THE TOWN OF LANGEPA» EASTERN DIVISION
KU KHANTY-UGRA «BSME» FOR 10 YEARS (2006-2016)**

This article describes the statistics forensic obstetric-gynecologic examinations for 10 years in one of the branches of the Eastern Division KU Khanty-Mansiysk – Ugra «Bureau of forensics».

Keywords: obstetric and gynecological examination, rape.

В настоящее время нравственные устои и сфере половых отношений в российском обществе существенно расшатаны путем легализации однополых половых связей, агрессивностью показа в средствах массовой информации и коммуникации технологии секса (в том числе и в так называемом дошкольном и школьном половом воспитании детей), безбрежного распространения порнографии, педофилии и иных подобных форм нравственной «раскрепощенности свободной личности», тем не менее, такое преступление, как изнасилование, у подавляющей массы населения продолжает вызывать гнев и негодование. Кроме того, данное преступное деяние зачастую сопровождаются наступлением иных тяжких последствий кроме посягательства на половую неприкосновенность и половую свободу личности: это наступление смерти, причинение вреда здоровью различной тяжести, зараже-

ние инфекционными заболеваниями, наступление беременности и иные аналогичные тяжкие последствия.

Актуальность данной темы определяет то, что изнасилование является наиболее тяжким преступлением в группе посягательств на половую неприкосновенность и половую свободу личности, за которое законодательство всегда предусматривало повышенную ответственность. На практике следственные органы и суды зачастую испытывают существенные затруднения при рассмотрении конкретных дел, поэтому возникает настоятельная потребность в проведении качественной судебно-медицинской экспертизы потерпевших и обвиняемых при половых преступлениях [1, с. 520].

Следует отметить, что статистически удельный вес изнасилований постоянно сокращается: в 90-х годах среди всех преступлений против личности изнасилование занимало около 10-15%, сейчас же в структуре преступности данная группа преступлений занимает весьма незначительный удельный вес – менее 1% (по данным ГИЦ МВД России).

В соответствии с Приказом от 12.05.2010 №346н Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации при проведении судебно-медицинской экспертизы потерпевших при половых преступлениях врач – судебно-медицинский эксперт отвечает на следующие вопросы:

- физическое развитие потерпевшей;
- выраженность вторичных половых признаков;
- анатомические особенности наружных половых органов;
- характер девственной плевы;
- повреждения на теле;
- состояние заднепроходного отверстия и прямой кишки (в тех случаях, когда это необходимо).

Целью нашей работы стало получение объективного представления о количестве проведенных экспертиз потерпевших при половых преступлениях, по данным архива КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Филиала «Отделение в городе Лангепасе» за 10 лет (с 2006 по 2016 год).

Для достижения цели стало необходимым исследовать весь объём проведенных исследований и проб при проведении су-

дебно-медицинских экспертиз потерпевших при половых преступлениях, исследованных в филиале «Отделение в городе Лангепасе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за указанный выше срок.

По данным архива филиала «Отделение в городе Лангепасе», используя статистический метод исследования, проведена тотальная проверка всех случаев судебно-медицинских экспертиз потерпевших при половых преступлениях за 2006-2016 гг. Результатом выборки материалов архива стали 33 экспертизы. Максимальное количество экспертиз (7) было проведено в 2009 году, минимальное (ни одной) – в 2007. По времени года больше всего экспертиз проводилось весной – 11 случаев. Меньше всего – в зимние месяцы – 6 экспертиз. Равное количество экспертиз было проведено летом и осенью – по 8. Выслеживается четкая закономерность снижения количества экспертиз за последние 10 лет. Однако статистические данные в действительности не свидетельствуют о неуклонном снижении данного вида преступлений, так как в этой сфере правонарушений исключительно велика доля латентности, о чем свидетельствуют социологические опросы, да и практически все исследования данной проблемы. Причины высокой латентности данных правонарушений достаточно разные: упрощение нравов, нежелание жертвы посягательства «засвечиваться» в негативном плане в глазах окружающих (в том числе мужа, близких родственников, друзей), неверие в успех работы правоохранительных органов (ослабят, затакают по экспертизам, допросам, очным ставкам, а в результате виновный так и будет разгуливать на свободе), запугивание насильником своей жертвы и иные.

Средний возраст исследуемых достаточно молодой – 26 лет, из них лиц, не достигших 18-летнего возраста – 6. Максимальный возраст – 46 лет, минимальный – 14 лет. Изнасилование может быть одиночным и групповым. При групповом изнасиловании сексуальные действия насильственного характера совершает группа лиц (два и более) над одной жертвой. При групповом изнасиловании почти всегда соотношение сил складывается не в пользу потерпевшей. За указанный период потерпевшие от изнасилования группой лиц были обследованы в 8 случаях. Изнаси-

лование с применением угроз и при использовании беспомощного состояния женщины выражается в том, что потерпевшая не понимает значения совершаемых действий или понимает их, но не может оказать сопротивление в силу своего состояния или особой ситуации, в которой она оказалась. Причиной беспомощного состояния могут быть физические особенности организма женщины, а также психические заболевания. Возможно и искусственное приведение потерпевшей в беспомощное состояние с использованием алкоголя и наркотических средств. Встречаются случаи симуляции изнасилования. Для правдоподобности симуляции женщина нередко приводит в беспорядок свою одежду и наносит себе поверхностные повреждения: ссадины, кровоподтеки, иногда поверхностные резаные раны. При симуляции обычно преследуют корыстные цели: вымогательство, шантаж, месть. В подобной ситуации, кроме судебно-медицинской, назначается еще и судебно-психиатрическая экспертиза. Заражение венерическим заболеванием, связанным с половым актом и развитие беременности, совпадающей по срокам с совершением полового акта, не было выявлено ни разу.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ архивных данных филиала «Отделение в городе Лангепасе» за 2006-2016 гг. выявил следующее:

- отмечается тенденция к снижению количества половых преступлений в сравнении с предыдущими годами (в 2006 году – 5 экспертиз, в 2016 – всего 1);
- чаще всего половые преступления совершаются в весенний период (11, летом и осенью – по 8, зимой – 6);
- средний возраст свидетельствуемых молодой (26 лет);
- каждая пятая свидетельствуемая не достигла совершеннолетия;
- ни одной из экспертиз не было подтверждено развитие беременности или заражение венерическими заболеваниями после совершения полового акта.

Список литературы:

1. *Руководство по судебной медицине* / Под ред. В.Н.Крюкова, И.В.Буромского. М.: Норма: НИЦ ИНРФА-М, 2014. 656 с.

Об авторах:

Кузьмичев Денис Евгеньевич – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий Восточным отделом аппарата управления, врач – судебно-медицинский эксперт, преподаватель БУ ХМАО-Югры «Нижевартовский медицинский колледж», Мегион.

Квасова Ольга Олеговна – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» врач – судебно-медицинский эксперт Восточного отдела, Мегион.

Скребов Роман Владимирович – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заместитель начальника по экспертной работе, врач – судебно-медицинский эксперт, Ханты-Мансийск.

Чирков Сергей Викторович – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», начальник, кандидат медицинских наук, Ханты-Мансийск.

Вильцев Игорь Михайлович – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе», врач – судебно-медицинский эксперт Восточного отдела, преподаватель БУ ХМАО-Югры «Нижевартовский медицинский колледж», Мегион.

Баринев Евгений Христофорович – ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, доцент, доктор медицинских наук, Москва

Kuzmichev Denis Evgenyevich – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the manager of East department of management personnel, the doctor – the forensic scientist, the teacher of BU KhMAO-Yugra «Nizhnevartovsk medical college», Megion.

Kvasova Olga Olegovna – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination» the doctor – the forensic scientist of East department, Megion.

Skrebov Roman Vladimirovich – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the deputy chief on expert work, the doctor – the forensic scientist, Khanty-Mansiysk.

Chirkov Sergey Viktorovich – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the chief, the candidate of medical sciences, Khanty-Mansiysk.

Viltsev Igor Mikhaylovich – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the manager of «Unit in the City of Megion» branch, the doctor – the forensic scientist of East department, the teacher of BU KhMAO-Yugra «Nizhnevartovsk medical college», Megion.

Barinov Evgeny Hristoforovich – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, professor of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, the associate professor, the doctor of medical sciences, Moscow, e-mail: Ev.barinov@mail.ru

**Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Баринев Е.Х., Кузьмичева Т.Г.,
Шакиров И.И., Штрек Л.А.**

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА НА ТЕРРИТОРИИ ВОСТОЧНОГО ОТДЕЛА КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА 2012-2013 ГОДЫ

В статье описана проблема определения половой зрелости у лиц женского и мужского пола, которой в недалеком прошлом занималась судебно-медицинская служба РФ. Приведены исторические сведения о девственности, понятие половой зрелости, способы ее определения. Проведен анализ и опыт определения половой зрелости на территории Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Ключевые слова: половая зрелость, судебно-медицинская экспертиза.

**Kuzmichev D.E., Skrebov R.V., Barinov E.H., Kuzmicheva T.G.,
Shakirov I.I., Shtrek L.A.**

ANALYSIS OF THE CASES FOR THE IDENTIFICATION OF PERSONS PUBERTY IN MALES AND FEMALES IN EASTERN DEPARTMENT KU «BUREAU OF FORENSIC EXAMINATION OF» FOR THE PERIOD FROM 2012-2013 YEAR

The article describes the problem of determining the age of puberty in females and males, which in the recent past engaged in forensic service of the Russian Federation. Presents historical information about virginity, the concept of puberty, methods of its determination. The analysis and experience determine the sexual maturity in the Eastern Division KU Khanty-Ugra «of the Bureau of Forensic Medicine».

Keywords: puberty, a forensic medical examination.

«...О tempora! О mores!...»

«... «О времена! О нравы!» – воскликнул Цицерон в первой речи против Катилины об испорченности нравов своих современников...»

Почему именно эту тему мы решили рассмотреть в нашей статье? На наш взгляд она не менее актуальна тех тем, которые были рассмотрены нами ранее. В этой статье в основном будет говорить о современной молодежи, ее интересах на сегодняшний день и о половой зрелости.

Наша молодежь сейчас живет в мире вседозволенности. В том мире, где все можно и ничего за это не будет, как рассуждают многие из них. Мы не говорим про всю молодежь, но, к сожалению, такой ее большинство. На первом месте у них стоит интернет. Это уже стало неотъемлемой частью их жизни. Они сутками сидят в своем виртуальном мире. Находят в нем собеседников, делятся своими впечатлениями и радостями, переживают эмоциональные потрясения, спрашивают совета и прочее. Затем – это деньги, клубы, алкоголь, мода, мобильные телефоны, компьютерные игры, наркотики, секс и прочее. У многих из них стирается грань между виртуальной жизнью и реальностью. Они совершают некие поступки абсолютно необдуманно, не осознавая, что за этим может стоять. Еще совсем в раннем юношеском возрасте впервые пробуют алкоголь, наркотик и вступают в сексуальную связь. Раннее вступление в половую связь, что толкает их на это? Конечно же, отчасти это средства массовой информации, где большим потоком прорывается самая разнообразная информация, именно та информация, которая поработает и губит нашу молодежь. В первую очередь, не в физическом смысле, а в психологическом и в духовном. Ведь подросток это еще не до конца сформированный человек, как физически, так и психически. Он легко подвержен чужому влиянию. К чему это все приведет в дальнейшем? Стоит только догадываться. И один из вариантов есть очень не благоприятный (ранняя беременность, венерические заболевания передающиеся половым путем, психологические расстройства, хронические заболевания женских половых органов, как итог послеродовые психозы, брошенные дети, инвалиды, летальные случаи, суициды и многое другое в том же духе).

Если заглянуть в историю, то практически у всех народов мира женская чистота высоко ценилась обществом, и к первой любовной ночи готовились загодя, сопровождая весь процесс массой обрядов и прочих традиций. Девушка, готовясь впервые на выданье, практически во все времена и в разных культурах должна была оставаться невинной до момента близости с будущим мужем. Это строго контролировалось старшими женщинами. А после первой брачной ночи предоставлялись доказательства, что лишение невинности произошло именно здесь и сейчас. Как правило, молодые

вывешивали утром простынь со следами девственной крови на общественное обозрение. В восточных странах мужчину, лишившего девушку невинности насильственным путем, принято было прилюдно казнить забиванием камнями. В то же время в Индии, в отдельно взятых кастах, женщина проживала с будущим супругом предварительно некоторое время, чтобы убедиться, что они подходят, друг другу в постели. Позже девственность считалась чем-то постыдным. Женщины, будучи девственницами, считали себя несчастными. Сколько народов и культур – столько и традиций.

Прежде чем перейти к разбору о половой зрелости, для начала поговорим о половом влечении. Половое влечение обычно появляется значительно раньше, чем заканчивается половое созревание, т. е. в возрасте, когда организм еще формируется и ни психически, ни физически не подготовлен для начала половой жизни. В последние годы половое созревание происходит значительно раньше. Это еще больше увеличило несоответствие между половой и общей зрелостью. Несмотря на значительные индивидуальные колебания, пубертат у девочек в среднем начинается в возрасте 11 лет, у мальчиков – 12, а заканчивается у девушек к 16 – 17 годам, у юношей – к 17-18.

Что молодежь подталкивает на столь ранний половой контакт? Если взять в пример юношу, то это сильное сексуальное влечение, затем в значительно меньшем числе случаев упоминаются приобретение опыта, развлечение, самоутверждение. Для девушек – это на первом месте любовь, стремление удержать партнера, сильное половое влечение, любопытство и «насолить» родителям.

Обращаем внимание, что все эти деяния (вступление в раннюю половую связь у молодых лиц и прочее) регулируются законом – УК РФ, глава 18. Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности. Здесь же предусмотрены отдельные преступления в виде:

- Статья 131. Изнасилование
- Статья 132. Насильственные действия сексуального характера
- Статья 133. Понуждение к действиям сексуального характера
- Статья 134. Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста
- Статья 135. Развратные действия

В УК РСФСР с 1960 года такой признак как половая зрелость учитывался и определялся врачами – судмедэкспертами, в современной России, половую зрелость определяли в период времени с 29.02.2012 года по 01.01.2014 год, на основании письма МЗ РФ от 14.12.2012 №14-1/10/2-5080 и Методических рекомендаций «Порядок установления достижения половой зрелости», утвержденных 11.12.2012 РЦСМЭ. Данные рекомендации предусматривали определение половой зрелости путем медицинского обследования комиссией врачей, в состав которой входили врача: судебно-медицинский эксперт, акушер-гинеколог (уролог), рентгенолог, стоматолог, эндокринолог, а при необходимости и врачи других специальностей.

Половая зрелость – заключительный этап индивидуального полового созревания организма, характеризующийся его общим физическим развитием и морфофункциональным состоянием половых органов, позволяющим человеку без ущерба для своего здоровья и здоровья плода осуществлять свойственные его биологическому полу половые функции, основанные на комплексе процессов, включающих созревание половых клеток, способность к совершению физиологического полового акта, оплодотворения, зачатия, беременности, вынашивания плода, физиологических родов и лактации.

При проведении судебно-медицинских экспертиз такого рода возникает немало трудностей и условностей. Совершенно очевидно, что решение всего комплекса вопросов половой зрелости требует медицинских знаний в различных областях: судебная медицина, акушерство и гинекология, андрология, психиатрия, что исключает возможность единоличного решения судебно-медицинского эксперта. Да, врач судебно-медицинский эксперт, он проводит осмотр пострадавшего для выявления повреждений, также он может производить необходимые антропологические, антропометрические измерения. Но для оценки физического развития ребенка требует педиатрической специализации. Так же экспертом могут быть осмотрены наружные половые органы и выраженность вторичных половых признаков, однако для полного представления об их функционировании необходимы специальные гинекологические или андрологические обследо-

вания. Важно провести оценку психостатуса подростка. Как уже видно из вышеизложенного, можно сделать выводы, что это очень сложный и кропотливый труд, в котором задействованы врачи нескольких специальностей. Только после получения всего необходимого материала эксперт может сделать вывод о половой зрелости несовершеннолетнего [1, с. 521].

Далее, более подробно разберем определение половой зрелости у лиц обоих полов.

Определение половой зрелости у лиц женского пола

При производстве судебно-медицинской экспертизы необходимо выявлять совокупность следующих критериев, свидетельствующих о готовности женского организма без ущерба для здоровья матери и плода к совершению физиологического полового акта, зачатия, беременности, вынашивания плода, физиологических родов и лактации:

- завершение в целом общего развития органов и систем, соответствие биологического возраста календарному возрасту;
- завершение в целом развития наружных и внутренних половых органов;
- способность к совершению физиологического полового акта;
- способность к зачатию;
- способность к вынашиванию плода;
- способность к родоразрешению;
- способность к вскармливанию.

Определение половой зрелости у лиц мужского пола

При судебно-медицинской экспертизе по определению половой зрелости у лиц мужского пола необходимо выявлять совокупность следующих критериев, свидетельствующих о готовности мужского организма к совершению физиологического полового акта и оплодотворения без ущерба для здоровья мужчины:

- завершение в целом общего развития органов и систем, соответствие биологического возраста календарному возрасту;
- завершение в целом развития наружных и внутренних половых органов;
- способность к совершению физиологического полового акта;
- способность к оплодотворению.

Судебно-медицинский эксперт, оценивая все данные обследования, обязан дать четкий ответ на поставленный вопрос в следующих формулировках:

1. достигла половой зрелости,
2. не достигла половой зрелости.

Далее, в статье будут рассмотрены случаи определения половой зрелости у лиц обоих полов на территории Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», с населением около 500000 человек, за период с 29.02.2012 года по 01.01.2014 года.

Количество случаев по определению половой зрелости по полу:
г. Радужный

За 2012 и 2014 года среди лиц женского пола ни одного случая, за 2013 год 4 случая. Среди лиц мужского пола за все три года ни одного случая.

г. Лангепас

За 2013 и 2014 года среди лиц женского пола ни одного случая, за 2012 год 4 случая. Среди лиц мужского пола за все три года ни одного случая.

г. Мегион

Среди лиц женского пола за 2012 год 3 случая, за 2013 год 2 случая, за 2014 год ни одного. Среди лиц мужского пола за все три года ни одного случая.

г. Нижневартовск

Среди лиц женского пола за 2012 год 16 случаев, за 2013 год 20 случаев, за 2014 год ни одного. Среди лиц мужского пола за 2012 год 16 случаев, за 2013 год 10 случаев, за 2014 год ни одного.

Количество лиц женского пола по достижению (не достижению) половой зрелости за три года по Восточному отделу

В г. Радужном из 4 лиц женского пола: не достигли – 3, достигла – 1. В г. Лангепасе из 4 лиц женского пола: не достигли – 2, достигли – 2. В г. Мегионе из 5 лиц женского пола: не достигли – 0, достигли – 5. В г. Нижневартовске из 36 лиц женского пола: не достигли – 3, достигли 33.

Количество лиц мужского пола по достижению (не достижению) половой зрелости за три года по Восточному отделу

В городах Радужный, Лангепас и Мегион ни одного случая. В г. Нижневартовске из 26 лиц мужского пола: не достигли – 3, достигли – 23.

Анализ произведенных экспертиз по определению половой зрелости за период с 29.02.2012 года по 01.01.2014 года по Восточному отделу КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» приводит к тому, что по частоте определения половой зрелости наибольший процент встречаемости среди лиц женского пола, что составляет 65,3%, а среди лиц мужского пола 34,6%. Что же касается городов, то в таких как г. Радужный, г. Лангепас и г. Мегион ни одного случая среди лиц мужского пола, а в г. Нижневартовске 26 случаев, из них 3 не достигли половой зрелости, 23 достигли половой зрелости. Среди лиц женского пола всего 49 случаев: в г. Радужном 4, в г. Лангепасе 4, в г. Мегионе 5, в г. Нижневартовске 36. Из 49 случаев, 8 не достигли половой зрелости, 41 достигли половой зрелости. Наибольшая частота встречаемости в 2012 году в г. Мегионе, г. Нижневартовске и г. Лангепасе, в 2013 году в г. Радужном, а в 2014 году не зафиксировано ни одного случая.

Для предотвращения случаев сексуального характера, в том числе и насильственных, среди лиц, молодого возраста, следует проводить беседы с ранних лет жизни в школах, домах, внеурочных кружках и прочее. Постараться несколько оградить их от информации, поступающей из СМИ (в первую очередь интернет), не избегать взрослых «запретных» тем со своими детьми, как можно по максимуму им изложить в понятной и доступной форме, больше разговаривать с детьми, чтобы они не искали ответы на вопросы в других местах.

Список литературы:

1. Руководство по судебной медицине / Под ред. В.Н.Крюкова, И.В.Буромского. М.: Норма: НИЦ ИНРФА-М, 2014. 656 с.

Об авторах:

Кузьмичев Денис Евгеньевич – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий Восточным отделом аппарата управления, врач – судебно-медицинский эксперт, преподаватель БУ ХМАО-Югры «Нижневартовский медицинский колледж», Мегион.

Скребов Роман Владимирович – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заместитель начальника по экспертной работе, врач – судебно-медицинский эксперт, Ханты-Мансийск.

Баринов Евгений Христофорович – ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, доцент, доктор медицинских наук, Москва

Кузьмичева Татьяна Геннадьевна – БУ ХМАО-Югры «Мегионская городская больница №1», врач – акушер-гинеколог родильного отделения, Мегион.

Шакиров Ильгиз Ильясович – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заместитель начальника по организационно-методической работе, Ханты-Мансийск.

Штрек Людмила Александровна – КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач – судебно-медицинский эксперт Восточного отдела, Мегион.

Kuzmichev Denis Evgenyevich – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the manager of East department of management personnel, the doctor – the forensic scientist, the teacher of BU KhMAO-Yugra «Nizhnevartovsk medical college», Megion.

Skrebov Roman Vladimirovich – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the deputy chief on expert work, the doctor – the forensic scientist, Khanty-Mansiysk.

Barinov Evgeny Hristoforovich – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, professor of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, the associate professor, the doctor of medical sciences, Moscow, e-mail: Ev.barinov@mail.ru

Kuzmicheva Tatyana Gennadyevna – BU KhMAO-Yugra «Megion municipal hospital No. 1», the doctor – the obstetrician-gynecologist of delivery room, Megion.

Shakirov Ilgiz Ilyasovich – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the deputy chief on organizational and methodical work, Khanty-Mansiysk.

Shtrek Lyudmila Aleksandrovna – KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the doctor – the forensic scientist of East department, Megion.

© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Баринов Е.Х., Кузьмичева Т.Г.,
Шакиров И.И., Штрек Л.А., 2017

Купрюшин А.С., Мурадян М.М., Павленко К.И.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА: ПРАКТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Статья посвящена анализу проведенной комиссионной судебно-медицинской экспертизы, связанной со случаем неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи при инородном теле пищевода у ребенка с целью иллюстрации успешного отражения причин такого исхода и выработки предложений по оптимизации методики проведения экспертизы по «медицинским делам».

Ключевые слова: *ынeблагоприятный исход оказания медицинской помощи, больной ребенок, комиссионная судебно-медицинская экспертиза, методика проведения.*

Kupryushin A.S., Muradyan M.M., Pavlenko K.I.

UNFAVOURABLE OUTCOME OF MEDICAL CARE WITH A FOREIGN BODY OF THE ESOPHAGUS IN A CHILD: PRACTICAL OBSERVATION

The article is devoted to the analysis of the commissioned forensic medical examination connected with the case of an unfavorable outcome of medical care in the case of a foreign body of the esophagus in a child, in order to illustrate the successful reflection of the causes of such an outcome and develop proposals to optimize the methodology for examining «medical cases».

Keywords: *unfavourable outcome of medical care, sick child, commission forensic medical examination, methodology for conducting.*

Количество правовых претензий граждан Российской Федерации по поводу оказания медицинской помощи растет, что вызывает 3-11 кратное увеличение комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел [1, с. 4]. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза (далее – КСМЭ) при неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи является важнейшим доказательством, позволяющим дать правовую оценку действиям/бездействию медицинских работников, принимавших участие в лечебно-диагностическом процессе (далее – ЛДП). Поэтому принципы проведения таких экспертиз и оформления их результатов должны отвечать возложенным на них задачам по содействию правосудию. Однако в настоящее время нормативно-правовое регулирование упомянутых экспер-

тиз нельзя считать совершенным. Так, в пункте 93 основного ведомственного нормативно-правового акта, регламентирующего судебно-медицинскую деятельность, приказа от 12 мая 2010 г. №346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» отмечено лишь, что при их проведении «могут привлекаться эксперты-врачи соответствующих специальностей». Несмотря на сравнительно недавно вышедшие методические рекомендации ФГБУ «РЦСМЭ» [2] порядок проведения этих экспертиз нельзя назвать полностью урегулированным. В целях выработки предложений по оптимизации проведения КСМЭ актуально их изучение и выделение их положительных и отрицательных характеристик.

КСМЭ проводится так же и при неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи детям (далее – НИОМПД) [3, с. 54; 4, с. 45; 5, с. 10]. Изучение копий 279 таких экспертиз, проведенных в 1999-2009 гг. в Бюро судебно-медицинской экспертизы шести субъектов Российской Федерации, позволило сформировать убеждение не только о несомненной пользе большинства из них в гражданском и уголовном судопроизводстве по делам, вытекающим из медицинских конфликтов, но и о безусловной ценности многих экспертиз для предотвращения стандартных ошибок врачей педиатрических специальностей. Не менее важно, что экспертизы могут служить примером как положительного, так и отрицательного использования специальных познаний и организации КСМЭ, и потому, быть практической базой для выработки предложений по оптимизации методики их проведения.

Одной из таких комиссионных экспертиз является экспертиза, проведенная в связи с несчастным случаем (НС) – попаданием инородного тела в пищевод ребенку раннего детского возраста, и последующим оказанием ему медицинской помощи (МП).

Для лучшего понимания произошедших событий сначала, с некоторыми сокращениями и незначительными изменениями, будет приведена интерпретация истории НС и процесса оказания МП так, как это было отражено в объяснении матери пострадавшего. Для облегчения анализа лечебно-диагностического процесса (ЛДП), связанного с больным ребенком, он условно разделен на несколько периодов.

Первый период – взаимодействие с медицинскими работниками скорой медицинской помощи. Со слов матери ребенок находился один в комнате и «играл с игрушками». Около 10.00 часов утра она заметила, что «сын трудно дышит», увидела «что ребенок задыхается» и «поняла, что он подавился. У него началась рвота». Она «сразу же вызвала скорую медицинскую помощь», которая приехала «через 5 мин». «Врачи» выслушали мнение мамы, что «ребенок проглотил что-то инородное и подавился», осмотрели горло и предположили, что «ребенок болеет ангиной». После этого рекомендовали «вызвать на дом участкового детского врача» и «сказали, что ничего страшного у него нет».

Оценивая действия медицинских работников, можно отметить, что они не обратили внимания на анамнез заболевания и поэтому поставили неправильный диагноз. Однако ангина, как известно, не возникает внезапно, сопровождается не только болью в горле, но и повышением температуры тела. Вероятно, у ребенка была гиперемия слизистой оболочки глотки, что могло быть расценено в качестве симптома ангины. Но, зная, что ребенок мог проглотить инородное тело, и у него была рвота, этот симптом должен быть интерпретирован иначе. Можно утверждать, что при наличии подобной информации у медицинских работников не было достаточных оснований для исключения возможности попадания инородного тела в пищевод. Предвидя возможные осложнения этого состояния, ребенка было необходимо транспортировать в стационар.

Забегая вперед, к выводам КСМЭ, с сожалением можно констатировать, что действия медицинских работников в этот период ЛДП не получили какую-либо оценку. Пусть даже назначившее экспертизу должностное лицо не ставило соответствующих вопросов, но в рамках реализации права на «экспертную инициативу» отраженного в ст. 57 УПК РФ, экспертной комиссии следовало бы дать оценку этому периоду оказания МП.

Далее мама сообщает, что «вызвала детского врача» и «в 14.00-15.00 часов» «увидела на полу» разобранный пульт управления телевизором, в котором «отсутствовала батарейка, по форме напоминающая 2-х рублевую монету». Тогда она, решив, «что ребенок проглотил батарейку», «на такси вместе с ребен-

ком поехала в приемное отделение N-ской районной больницы». Таким образом, инородное тело находилось в пищеводе ребенка уже 4-5 часов.

Второй период ЛДП связан с пребыванием пострадавшего в приемном отделении. Детский хирург А. «осмотрел ребенка, назначил рентген брюшной полости и грудной клетки», «на снимках инородного тела обнаружено не было». Мальчика госпитализировали в хирургическое отделение, где он находился «1 сутки», он в это «время не мог глотать». Этот симптом был связан врачом с тем, что «воспалено горло и ему просто больно». Ночью повысилась «температура до 38 градусов». Утром детский хирург А. произвел осмотр и, решив, что «у ребенка ангина», перевел его «в инфекционное отделение».

Третий период ЛДП – нахождение ребенка в инфекционном отделении. Там его «приняла» врач Б., «подтвердила диагноз и назначила лечение». В этот же день, т.е. на вторые сутки после попадания инородного тела в пищевод, «поднялась температура почти до 41 градуса». Мама отмечает, что докторам А. и Б. «постоянно твердила о том, что ребенок проглотил батарейку», но те «сильно возмущались» и на ее просьбы «сделать повторные снимки, они резко говорили, что их не надо учить».

К этому же, третьему периоду, можно отнести и пребывание мальчика в детском отделении, куда его перевели на 6 сутки после несчастного случая «с диагнозом бронхит». Там ему «начинают ставить капельницы». Мама так описывает состояние ребенка в этот период: «ребенок ничего не мог проглотить», он «ничего не ел, сильно ослаб. Ему постоянно сбивали температуру сильными лекарствами и продолжали лечить от бронхита. Улучшений не было, ребенок перестал двигаться».

На 10 сутки, после того как мама сказала дежурному врачу В. про инородное тело – батарейку, та ответила, что она «инородное тело обнаружить не может т.к. врач не того профиля».

Заметим, что такой формальный подход к выполнению своих профессиональных обязанностей не получил оценку КСМЭ.

Можно считать, что на 11 сутки начался четвертый период ЛДП, когда дежурный врач Г. вызвала отоларинголога Д., который осмотрев мальчика, определил «в верхнем отделе пи-

щевода инородное тело», инициировал рентгенографию, «лично присутствовал при рентгенографии и показывал, что надо снять». При рентгеновском исследовании было обнаружено «инородное тело».

Пятый период ЛДП связан с переводом ребенка в клинику Q, где было извлечено инородное тело пищевода. Там пострадавший находился 12 суток, однако улучшения состояния не наступило, «выявили трахеопищеводный свищ. Ребенок находился в среднетяжелом состоянии».

Шестой период ЛДП начинается с перевода в другую медицинскую организацию – клинику R, где было определено «тяжелое состояние» и проведено «4 сложных операции». Ребенок «дышит, и питается через два разных отверстия (выведены трубки). Еще через одно отверстие выводится слюна» «В настоящее время ребенок – инвалид детства».

Из представленных мамой больного ребенка данных об истории развития заболевания вытекает предварительный вывод о причине тяжелых последствий несчастного случая – поздней диагностики инородного тела пищевода.

Представленные ниже экспертные выводы выделены курсивом и в целях сохранения врачебной тайны несколько изменены.

1. Ребенок X. около 10 часов проглотил электрическую батарейку округлой формы диаметром около 2 см и в тот же день около 15 часов был доставлен в больницу. Однако инородное тело (электрическая батарейка) в верхней трети пищевода было обнаружено лишь через 11 дней и ребенок был переведен в ЛОР-отделение институтскую клинику, где ему была произведена операция – эндоскопически удалено инородное тело из верхней трети пищевода.

Вследствие длительного стояния инородного тела в пищеводе образовался пролежень, кроме того, вследствие попадания реагентов батарейки, произошел ожог стенки пищевода, в результате чего возник некроз стенки пищевода и прилежащей к нему трахеи, а затем образовался пищеводно-трахеальный свищ (сообщение между пищеводом и трахеей). Вследствие попадания пищи в трахею через свищ, у ребенка развилась аспирационная пневмония.

В детской клинической больнице ребенку впоследствии был произведен несколько пластических операций, направленных на ликвидацию указанного свища, восстановление целостности пищевода и трахеи. В процессе лечения ребенку были установлены трахеостома (установление трубки в трахею), гастростома (установление трубки в желудок), эзофагостома (установление трубки в пищевод). В процессе лечения у ребенка развился парез голосовых связок.

Согласно записей в медицинских документах у ребенка наблюдается отставание в весе, в физическом и психическом развитии, развились невротические реакции. Он был признан инвалидом детства.

Причиной развития всех вышеуказанных осложнений явилось длительное стояние инородного тела – электрической батарейки – в верхней части пищевода ребенка (выделено авт.).

В выводах пункта 1. Всесторонне, полно и обосновано отражены динамика и сущность патологических изменений развившихся у ребенка Х. после попадания инородного тела, а также связанных с ними значимых медицинских манипуляций. Следует отметить, что субъективное мнение мамы ребенка о ненадлежащем характере оказанной медицинской помощи экспертной комиссией была подтверждена.

2. Ответственность за несчастный случай – проглатывание ребенком инородного тела – в первую очередь несет его мать, оставившая без присмотра столь маленького ребенка.

Однако при своевременном и правильном оказании медицинской помощи – своевременном удалении инородного тела из пищевода – развившиеся впоследствии у ребенка осложнения возникнуть не могли (выделено авт.).

Анализируя первый абзац этого пункта, следует отметить выход комиссии за пределы своей компетенции – возложение ответственности за несчастный случай на мать, поскольку установленное обстоятельство не относится к медицинскому аспекту рассматриваемого случая.

Также можно признать неправильным отражение в экспертных выводах каких-либо эмоций, передаваемых в рассматриваемой экспертизе выражением «столь маленького». Действующи-

ми классификациями для обозначения возраста пострадавшего ребенка предусмотрено следующее: «начальный период первого детства», «раннее детство», «младший детский возраст», «предшкольный возраст» [6, с. 9,10].

3. При поступлении в больницу ребенка с подозрением на проглатывание инородного тела ему, прежде всего, следовало произвести рентгеновское исследование: рентгенографию шейного и грудного отделов пищевода и желудка. Поскольку чаще всего инородные тела задерживаются в области верхнего сужения пищевода, расположенного в верхней его трети, особенно большое значение имело рентгеновское исследование шеи.

Как следует из записей в медицинской карте, при поступлении в N-скую больницу ребенка Х. в 15 час 04 мин. мама ребенка сообщила о том, что около 10 часов ребенок внезапно забеспокоился, у него была многократная рвота, и в комнате, где играл ребенок, она не обнаружила батарейки от пульта. Педиатром при осмотре ребенка в 15 час 10 мин отмечены «жалобы на рвоту, многократные глотания слюны, плач». Указанные жалобы и анамнез давали основания для серьезных подозрений в отношении проглатывания ребенком инородного тела.

Ребенок Х. должен был быть, прежде всего, осмотрен врачом приемного отделения, который должен был назначить вышеуказанное рентгеновское исследование и вызвать к ребенку детского хирурга. При этом врач приемного отделения должен был сделать запись в медицинской карте стационарного больного, отразить жалобы, анамнез, результаты объективного осмотра и назначенное обследование, а также написать направление на рентгеновское исследование, где отразить предполагаемый диагноз «инородное тело пищевода» и область, подлежащую исследованию – шейный, грудной отдел пищевода и желудок.

Из материалов проверки усматривается, что ребенок Х. при поступлении в N-скую больницу был осмотрен заведующей приемного отделения Е., которая направила его на рентгенографию грудной и брюшной полости. При этом Е. не сделала никакой записи в медицинской карте и не написала письменного направления на рентгенографию с указанием предполагаемого диагноза и области, которую требовалось исследовать.

Произведенный по указанию врача Е. рентгеновский снимок, как показало его изучение в производстве настоящего комиссионного исследования, захватывает грудную клетку, начиная от уровня 4-го грудного позвонка, и брюшную полость до уровня подвздошных костей. На рентгенограммах, сделанных на 6 и 11 сутки после несчастного случая, определяется инородное тело металлической плотности на уровне 1-2 грудных позвонков. Таким образом, инородное тело – электрическая батарейка – располагалось в типичном месте – в верхней трети пищевода.

Врач Е., как следует из ее объяснения, самостоятельно изучила рентгеновский снимок, сделанный в первый день пребывания в стационаре, и не обнаружила инородного тела, в связи с тем, что верхняя треть пищевода в снимок не попала.

Таким образом, врач Е. нарушила свои должностные обязанности, не сделав записи в медицинской карте стационарного больного и не оформив, как полагается, письменного направления на рентгенографию; она произвела недостаточное рентгеновское исследование без захвата области шейного отдела пищевода, нарушив, тем самым, все общепринятые правила обследования при подозрении на инородное тело пищевода.

Это привело к тому, что инородное тело пищевода у ребенка Х. не было своевременно обнаружено и удалено, что способствовало развитию последующих осложнений.

Объективных причин допущенных врачом Е. дефектов оказания медицинской помощи ребенку Х. комиссия не усматривает (выделено авт.).

В пункте 3. дается всесторонний, полный и объективный анализ тех действий врача приемного отделения Е., которые она предприняла и которые должна была предпринять, а также оценивается связь ее деятельности во втором периоде ЛДП с развившимся НИОМП.

4. Из материалов проверки и записей в медицинской карте стационарного больного усматривается, что первую запись в карте в качестве врача приемного отделения сделал врач детский хирург А., который указал, что на момент осмотра «жалоб нет»; со слов мамы, записал историю заболевания ребенка («около 10 часов сегодня ребенок внезапно забеспокоился, была многократ-

ная рвота. Мама в комнате, где играл ребенок, не обнаружила батарейки от пульта»); какой-либо патологии в объективном статусе не отметил. Далее врач А. записал: «Рентгенограмма брюшной полости – рентгенконтрастных инородных тел нет. Диагноз: инородное тело ЖКТ? Наблюдение».

Поскольку инородные тела наиболее часто задерживаются в верхней трети пищевода, которая не попала в рентгеновский снимок, врач А. обязан был направить ребенка Х на дополнительное рентгеновское обследование – рентгенографию шейного и верхней части грудного отделов пищевода, т.к. только произведя полноценное рентгеновское исследование всех отделов пищевода, можно было исключить наличие в нем инородного тела. Однако врач А. не направил ребенка Х. на дополнительное рентгеновское исследование, в результате чего инородное тело пищевода у ребенка не было своевременно диагностировано. Простое клиническое наблюдение, с учетом анамнеза заболевания, не могло с достоверностью исключить наличие у ребенка инородного тела пищевода.

Ребенок Х. был оставлен врачом А. для наблюдения в хирургическом отделении, а на следующий день, в связи с подозрением на ангину, переведен в инфекционное отделение, хотя диагноз «инородное тело ЖКТ?» не был ни снят, ни подтвержден, (что является нарушением существующих правил ведения больных с острой хирургической патологией и оформления медицинской документации), при этом необходимое для его исключения рентгеновское исследование так и не было произведено.

Таким образом, вследствие недооценки анамнеза и недостаточного обследования ребенка Х. в приемном и хирургическом отделении N-ской больницы инородное тело пищевода у него не было своевременно диагностировано и удалено, что привело в дальнейшем к вышеуказанным осложнениям.

Объективных причин допущенных врачом А. дефектов оказания медицинской помощи ребенку Х. комиссия не усматривает (выделено авт.).

В пункте 4. дается всесторонний, полный и объективный анализ тому, что было сделано и должно быть сделано детским хирургом А., а также оценивается связь его деятельности на втором периоде ЛДП с развившимся НИОМП.

5. Как следует из дальнейших записей в медицинской карте стационарного больного у ребенка Х. в дальнейшем отмечались боли при глотании, периодически рвота, поперхивание, позывы на рвоту, «захлебывание» при приеме жидкости, что было связано с наличием инородного тела в верхней части пищевода. Кроме того, отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр (выше 38°); при осмотре зева – гиперемия (краснота), увеличение миндалин, гнойные фолликулы, позднее присоединился влажный кашель, при выслушивании легких отмечалось жесткое дыхание, влажные хрипы, что могло быть связано как с присоединением острой вирусной внутрибольничной инфекции, с обострением имевшегося у ребенка хронического тонзиллита, так и с начинающимися развиваться осложнениями длительного нахождения инородного тела пищевода.

Хотя первичный диагноз «Инородное тело ЖКТ» не был снят за время наблюдения ребенка в хирургическом отделении, никаких мер для его исключения ни в инфекционном, ни в детском отделении не предпринималось, а все симптомы нарушения прохождения пищи (поперхивание, захлебывание, рвота, отказ от приема пищи) попросту игнорировались под предлогом того, что они не были постоянными.

Ребенку устанавливались диагнозы: фолликулярная ангина, ОРВИ, бронхит; согласно установленным диагнозам проводилось лечение, которое само по себе не оказало отрицательного действия на состояние здоровья ребенка, но не могло предотвратить развития осложнений от длительного нахождения инородного тела в пищеводе.

На 6 сутки после несчастного случая ребенку Х. была произведена рентгенография грудной клетки. Кто и по какому поводу назначил рентгенографию грудной клетки, в медицинской карте не указано. В своем объяснении врач педиатр инфекционного отделения Ж. указала, что ребенок был направлен на рентгенографию органов грудной клетки в этот день в связи с усилением катаральных явлений и сильного кашля для исключения пневмонии.

При изучении этой рентгенограммы членами комиссии в процессе производства настоящего исследования установлено, что в проекции 1-2 грудных позвонков определяется тень округлой фор-

мы металлической плотности диаметром до 2 см – инородное тело пищевода, каким могла быть описанная матерью ребенка электрическая батарейка, что подтвердилось впоследствии на операции.

Однако указанная рентгенограмма в отделение, где находился ребенок, не поступила. Врачи ни в тот же день, ни на следующий день рентгенограмму не изучали. Спустя 2 дня, рентгенограмма грудной клетки была изучена рентгенологом больницы З., согласно объяснению которого, ребенок был направлен на исследование с подозрением на пневмонию. Пневмонии врач З. не обнаружил. В описании рентгенограммы, сделанной через 6 дней после НС, вклеенном в медицинскую карту, отмечены лишь «усиленный и перестроенный легочный рисунок», тяжесть корней легких, а по поводу инородного тела металлической плотности ничего не написано. В объяснении врач З. указал, что не мог установить, что это за предмет, и, поскольку врачи не написали в направлении о необходимости исключить инородное тело, он ничего о нем не написал. Это является грубым нарушением общепринятых правил описания рентгенограмм, т.к. рентгенолог обязан описать все, что он видит на снимке, даже если это случайная находка. Так, в данном случае необходимо было описать наличие инородного тела металлической плотности. Поскольку снимок был сделан в одной прямой проекции (что является нарушением общепринятой методики рентгеновского исследования, которое обязательно должно производиться в 2-х проекциях), то по нему можно было лишь определить уровень расположения металлического предмета по высоте, но невозможно было установить, находится ли данный предмет на поверхности тела или в полости тела. Рентгенолог мог предположить, что это артефакт на пленке или медальон на теле, и сделать соответствующую запись, а лечащий врач уже давал бы оценку этому явлению. Однако врач З. в своем описании рентгенограммы грудной клетки ребенка Х. ничего не написал об этом предмете, а рентгенограмму оставил в рентгенологическом отделении, в результате чего врачи отделения, где находился ребенок Х., данную рентгенограмму так и не увидели.

Следует отметить также и плохую организацию рентгенологического обследования в N-ской больнице: запоздалое описание

рентгенограмм врачом-рентгенологом и невозможность своевременного изучения рентгенограмм лечащими врачами. Кроме того, описание рентгенограмм должно производиться рентгенологом не на отдельном листочке, а в самой карте стационарного больного, которая для этого должна направляться в рентген-кабинет, и рентгенолог должен не просто описывать снимки, но перед этим знакомиться с картой стационарного больного, чтобы правильно оценить рентгенологические данные в применении к конкретному больному. Без истории болезни врач-рентгенолог не имеет права описывать рентгеновские снимки. Если бы врач-рентгенолог З. имел карту стационарного больного на имя ребенка Х., он на лицевой стороне ее сразу же увидел бы диагноз «Инородное тело ЖКТ», что позволило бы ему правильно расценить тень предмета округлой формы металлической плотности на рентгенограмме грудной клетки, сделанной на 6 дней после НС.

Администрация больницы должна обеспечить полноценное рентгеновское обследование пациентов и в будние и в праздничные дни. В данном случае следовало либо организовать ежедневное дежурство врачей рентгенологов, либо передавать произведенные рентгенограммы лечащим врачам, тем более, что в эти дни рентгенограммы производятся лишь по экстренным показаниям.

Если бы врачи увидели рентгенограмму с телом металлической плотности на уровне верхней трети пищевода (для того, чтобы увидеть его, не нужно быть рентгенологом) или в описании рентгенолога нашли бы указание на наличие металлического предмета, то, сопоставив это с анамнестическими данными и клинической картиной (боли в горле, рвота, поперхивание, «захлебывание»), они могли бы раньше установить правильный диагноз и удалить инородное тело (батарейку).

Неполноценное рентгеновское обследование (рентгенография грудной клетки лишь в одной проекции), запоздалое и дефектное (неполное) описание рентгенограммы ребенка Х. рентгенологом З. способствовали еще более позднему установлению правильного диагноза, более позднему проведению показанной операции удаления инородного тела, и, тем самым, они отрицательно сказались на состоянии ребенка и способствовали развитию у него более тяжелых осложнений.

Следует отметить также, что поскольку врач, направивший ребенка на рентгенографию грудной клетки, не сделал записи об этом в карте стационарного больного, то дежурившие в последующие дни врачи не пытались найти рентгенограмму ребенка в рентгеновском кабинете. В связи с праздничными днями лечащего врача у ребенка не было, дежурные врачи постоянно менялись, что отрицательно сказалось на тактике ведения ребенка.

Объективных причин допущенных дефектов комиссия не усматривает.

В пункте 5. проводится всесторонний, полный и объективный анализ диагностики проведенной врачом-рентгенологом З. и той, которая должна быть им проведена, а также организации ЛДП в N-ской больнице в третьем периоде ЛДП. Кроме того, дана оценка связи действий З. и процесса организации МП с развившимся неблагоприятным исходом.

Далее в 6 пункте всесторонне, полно и объективно проведен анализ действий отоларинголога К. в четвертом периоде ЛДП.

В 7 пункте выводов КСМЭ сделан лишь частичный анализ пятому периоду ЛДП в клинической больнице Q, поскольку не было оценено то обстоятельство, что, не смотря на возникшее на 4 и подтвержденное на 6 день подозрение на образование трахеопищеводного свища, в течении последующих 5 дней по этому поводу не предпринималось ни каких лечебных мероприятий.

В пункте 8 дается всесторонний, полный и объективный анализ шестого периода ЛДП и характера развившихся у ребенка осложнений и последствий инородного тела пищевода. Кроме того, по непонятным причинам, в этом же, а не в отдельном пункте отражается причинно-следственная связь между НС и длительным пребыванием инородного тела в пищеводе и развившимися осложнениями и последствиями.

9. При своевременной диагностике и удалении инородного тела из пищевода ребенка при поступлении его в N-скую больницу никаких вредных последствий для состояния его здоровья не должно было развиваться.

В дальнейшем, чем раньше было бы диагностировано и удалено инородное тело из пищевода, тем менее тяжелыми были бы последствия.

Никаких объективных трудностей для диагностики инородного тела пищевода у ребенка Х. не имелось.

Согласно Приказу №151 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 мая 1998 года «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» (в редакции Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2007 №306Ж, с изменениями, внесенными Приказом Минздрава РФ от 5.05.1999 №154), части 3, при подозрении на инородное тело пищевода обязательными диагностическими процедурами являются в частности: рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия и рентгеноконтрастное исследование пищевода. Снять диагноз «Инородное тело ЖКТ (желудочно-кишечного тракта, куда входит и пищевод)», не произведя рентгенографию грудной клетки, нельзя.

В данном случае, если бы ребенку Х. при поступлении в больницу было выполнено стандартное рентгеновское исследование грудной клетки, хотя бы такое, как было ему произведено через 6 дней, и эта рентгенограмма была бы изучена врачами хирургами Е. и А., инородное тело металлической плотности было бы сразу диагностировано, что позволило бы его своевременно удалить.

Таким образом, назначив ребенку Х. рентгенографию брюшной полости без рентгенографии грудной клетки, врач Е. нарушила вышеуказанный «Приказ №151».

Не обнаружив на рентгенограмме брюшной полости инородного тела, врач Е., а вслед за ней и врач А., должны были назначить дополнительный снимок грудной клетки, но они этого не сделали, чему объективных причин комиссия не усматривает.

Врач рентгенолог З. при изучении через 8 дней после НС рентгенограммы грудной клетки ребенка Х., сделанной через 6 дней после НС имеющуюся на снимке тень инородного предмета металлической плотности не описал даже как предполагаемый им артефакт, что еще более отложило установление правильного диагноза и, тем самым, способствовало развитию тяжелых осложнений у ребенка.

Таким образом, ответственность за дефекты оказания медицинской помощи ребенку Х., повлекшие за собой тяжкий вред здоровью ребенка, несет, в первую очередь, заведующая прием-

ным отделением Е., затем врач хирург А. и в несколько меньшей степени врач рентгенолог З., поскольку ко времени его участия в диагностике состояние ребенка было уже весьма запущенным, и избежать осложнений в той или иной степени (в какой именно, установить невозможно) было нельзя (выделено авт.).

В пункте 9 проводится анализ всего ЛДП, при этом повторяются уже сделанные отдельные умозаключения. Рассматривая последнее умозаключение этого пункта выводов, следует заметить, что категория ответственности в рамках уголовного или гражданского судопроизводства, при которых проводится КСМЭ, носит правовой, а не общечеловеческий смысл, поэтому комиссия должна отражать не ответственность, а степень влияния действий/бездействий конкретных медицинских работников на неблагоприятный исход.

Выводы

Анализ КСМЭ проведенной в связи с НИОМП ребенку с инородным телом пищевода показал, что:

1. Врачам педиатрических специальностей для предотвращения НИОМП необходимо:

- проверять анамнестическую информацию объективными методами исследования;
- оценивать корректность выполнения лабораторных методов исследования и при малейших сомнениях в объективности и относимости результатов повторять их;
- соблюдать правила оформления медицинской документации.

2. При производстве КСМЭ, связанных с НИОМПД, рационально:

- сопоставлять конкретные, имеющие информативную ценность факты, отраженные в объяснениях и допросах родственников/свидетелей с данными медицинских документов и другими материалами уголовных и гражданских дел;
- проводить анализ и давать оценку профессиональной деятельности всех медицинских работников, действия которых оказались ненадлежащими, а не только упомянутых в вопросах постановления;
- разрешать только те вопросы, которые входят в профессиональную компетенцию участников комиссии;

- избегать эмоциональной окраски при оценке тех или иных фактов или событий;
- не объединять в одном пункте выводов умозаключения, относящиеся к разным характеристикам анализируемого случая;
- не определять меру ответственности медицинских работников, ненадлежащим образом выполнивших свои профессиональные обязанности.

Список литературы:

1. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С. В. Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи // *Медицинское право*, №6 (58), 2014. С. 3-8
2. 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.
3. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Профессиональные ошибки в неонатологической практике, связанные с переливанием крови / *Медицинское право*, 2014. №6. С. 54-56.
4. Муздыбаев Б.М., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., Баринов Е.Х. Значение медицинской документации при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанных с дефектами оказания медицинской помощи новорожденным детям / *Медицинское право*, 2010. №4. С. 45-48.
5. Ерофеев С. В., Купрюшин А.С., Ефимов А.А., Вишнякова Ж.С., Семин М.Н. Характеристика случаев неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи детям в шести субъектах Российской Федерации // *Саратовский научно-практический журнал*, 2017. Т.13. №1. С. 10-13.
6. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А.А. Баранова. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 592 с.

Об авторах:

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

Мурадян Мери Мгеровна – студентка лечебного факультета медицинского института факультета ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, e-mail: mary.muradyan@inbox.ru

Павленко Ксения Игоревна – студентка лечебного факультета медицинского института факультета ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, e-mail: ksenia-p2017@mail.ru

Kupryushin Alexey Stepanovich – Head of the Department of Clinical Morphology and Forensic Medicine, the FSBEI HPE «Penza State University», MD, associate professor, Penza.

Muradyan Mary Mgerovna – a student of the medical faculty of the medical institute the FSBEI HPE «Penza State University», Penza.

Pavlenko Ksenia Igorevna – a student of the medical faculty of the medical institute the FSBEI HPE «Penza State University», Penza.

© Купрюшин А.С., Мурадян М.М., Павленко К.И., 2017

Манина Е.И., Баринов Е.Х., Манин А.И., Манин О.И.

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

В статье приводятся сведения о диагностике непереносимости стоматологических конструкционных материалов.

Ключевые слова: непереносимость стоматологических материалов, проявление лекарственных препаратов в полости рта.

Manina E.I., Barinov E.H., Manin A.I., Manin O.I.

INTOLERANCE OF THE STOMATOLOGIC CONSTRUCTIONAL MATERIALS WHICH ARE USED AT PRODUCTION OF DENTURES

The article provides information on the diagnosis of intolerance to dental structural materials.

Keywords: intolerance of dental materials, the manifestation of drugs in the oral cavity.

Предупреждение или снижение частоты возникновения врачебных ошибок в стоматологии имеет большое практическое значение, учитывая последствия некачественного протезирования и высокую стоимость работ для пациентов. При этом непереносимость к зубным протезам может явиться одной из причин обращения пациентов с исками в судебные инстанции.

В настоящее время увеличивается число пациентов, страдающих непереносимостью к зубным протезам, особенно это касается людей пожилой и старческой возрастной группы, т.к. данная категория с каждым годом увеличивается [1, с. 6; 2, с. 9; 3, с. 5; 4, с. 26].

Непереносимость к зубным протезам проявляется после протезирования через разные промежутки времени в виде субъективных и объективных признаков [5, с. 271].

К субъективным признакам относят: металлический привкус во рту, жжение и пощипывание языка, извращение вкусовой чувствительности, ощущение горечи, кислоты, нарушение слюноотделительной функции, першение в горле, оскомина на зубах, покраснение и отечность мягких тканей лица. Нередко отмечается головная боль, головокружение, слабость, быстрая утомля-

емость, тошнота, рвота, расстройство пищеварения, нарушения сна, боли в сердце и др.

Объективные проявления могут быть самыми разнообразными: хейлит, глоссит, лейкоплакия, плоский лишай, стоматиты.

Непереносимость к ортопедическим конструкциям может возникнуть из-за ряда причин:

1. наличие разнородных сплавов в полости рта,
2. токсическое воздействие материалов, используемых для изготовления зубных протезов,
3. аллергическая реакция на материалы, используемые для изготовления зубных протезов,
4. в результате взаимодействия медикаментов с конструкционными материалами,
5. несвоевременные явки на прием к стоматологу,
6. несоблюдение гигиены полости рта и требований, предъявляемым к зубным протезам,
7. влияние патогенной микрофлоры на полость рта и зубные протезы.

Как видно, причин возникновения непереносимости достаточно много.

В своей работе мы решили уделить внимание лекарственным препаратам, вызывающим симптомы, схожие с непереносимостью к конструкционным материалам, используемым для изготовления зубных протезов.

В связи с выше сказанным, целью работы явилось: сравнительная оценка симптомов, вызванных непереносимостью стоматологических конструкционных материалов, используемых для изготовления зубных протезов, от проявления лекарственных реакций в полости рта у пациентов пожилого и старческого возраста и их дифференциальная диагностика.

С возрастом увеличивается число общесоматических заболеваний, следовательно, возрастает количество и виды медикаментов, назначаемых врачом, а также принимаемых пациентами безрецептурно.

Пожилой и старческий возраст может стать противопоказанием (абсолютным или относительным) или показанием к назначению лекарственных препаратов, но, в подавляющем боль-

шинстве случаев, больным этой возрастной категории требуется повышенное внимание и соблюдение мер предосторожности при проведении фармакотерапии.

Важной особенностью нежелательных лекарственных реакций у пациентов старше 60 лет становится тот факт, что они воспринимаются как возрастные изменения. Поэтому задача врача заключается в дифференциальной диагностике с целью разграничения основного и сопутствующих заболеваний, побочных явлений, а в случае проведения стоматологического лечения – возникших после него жалоб и состояний, так как проявления побочного действия лекарств в полости рта могут повлиять на подбор материалов для изготовления зубных протезов и методов оказания ортопедической помощи.

Существует широкий спектр лекарств, рациональное назначение которых может сопровождаться возникновением побочных проявлений со стороны полости рта. К числу наиболее часто встречающихся относятся изменение слюноотделительной функции, изъязвления и отек слизистой оболочки полости рта, воспалительные явления в тканях пародонта, дисколорит зубов и слюны, а также изменения вкусовой чувствительности.

У пациентов в возрастной категории старше 60 лет сухость в полости рта связана со старением организма, наличием сопутствующих заболеваний, проводимой лекарственной терапией, употреблением табака, алкоголя, кофеинсодержащих напитков. При этом лекарства представляют собой наиболее значимый фактор, который оказывает воздействие на слюноотделительную функцию и снижает саливацию.

Сухость в полости рта вызывают препараты для лечения аллергических заболеваний и состояний, нервно-психических заболеваний (депрессия, психозы, шизофрения), сердечно-сосудистых заболеваний (гипертоническая болезнь, аритмии), кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром Золлингера-Эллисона), хронических обструктивных болезнях легких (бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема легких), нарушения мочеиспускания, а также средства для снижения аппетита, коррекции избыточной массы тела, лечения ожирения.

Ксеростомия, возникающая при приеме лекарственных препаратов, является следствием блокады M2-холинорецепторов экзокринных желез и снижением их секреции.

Лекарственные препараты могут вызывать не только ксеростомию, но также приводить и к усилению слюноотделительной функции (гиперсаливации). К медикаментам, оказывающим влияние на стимуляцию слюноотделительной функции, относятся средства для лечения сердечно-сосудистой системы, болезни Альцгеймера, нервно-психических заболеваний и состояний (бессонница, эпилепсия, тревожные расстройства), бактериальных инфекций и туберкулеза.

Поэтому врачу-стоматологу-ортопеду целесообразно принимать во внимание общесоматическую патологию пациентов, а также употребляемые ими медикаменты, которые оказывают влияние на функцию слюноотделения.

Кроме того, такие препараты как: клозапин, рифампицин способны изменять цвет слюны от оранжевого до красного, что следует учитывать при изготовлении зубных протезов.

Употребление некоторых лекарственных медикаментов в пожилом и старческом возрасте может сопровождаться болезненностью и увеличением слюнных желез. К таким препаратам относятся средства для лечения нервно-психических заболеваний (психозы, шизофрения, эпилепсия, депрессия), сердечно-сосудистых заболеваний, лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта, профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Кроме того, на изменения слюнных желез оказывает воздействие «инсулин», который используется при сахарном диабете, а также «изопреналин» – препарат, применяющийся при бронхообструкции.

Медикаменты нередко оказывают воздействие и на вкусовую чувствительность и могут вызывать привкус металла в результате влияния на иннервацию вкусовых рецепторов и метаболические процессы. К таким медикаментам относятся: средства для лечения бактериальных инфекций, вызванных простейшими, сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, металлический привкус вызывают средства для коррекции фосфорно-кальциевого обмена и лечения сахарного диабета I и II типа.

Также изменение вкусовой чувствительности встречается при приеме таких препаратов как: «Зопиклон» (применяется при нарушении сна), «Калия йодид» (лекарственное средство используется для профилактики и лечения йоддефицитных состояний, а также при катаракте глаза, помутнение роговицы, стекловидного тела, конъюнктивитах, воспалительных заболеваниях слюнных желез, ксеростомии). Нередко привкус металла может появиться и при приеме лекарственного средства «Цинк аспартат», который применяют при хронической дыхательной недостаточности, хронической обструктивной болезни легких, пневмосклерозе, хронических формах туберкулеза, вторичных иммунодефицитах и в качестве общеукрепляющего средства у лиц пожилого возраста.

Поэтому при обращении пациентов, особенно пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом, дисфункцией щитовидной железы, туберкулезом, остеопорозом, гипертонической болезнью необходимо до начала стоматологического вмешательства выяснить у них наличие металлического привкуса в полости рта и предупредить о возможности такого побочного явления при продолжении назначенной фармакотерапии.

В настоящее время увеличивается количество пациентов, предъявляющих жалобы на чувство жжения, образование язв, а также развития стоматитов, которые появляются в результате приема лекарственных средств. Возникновение жжения возможно при местном применении ацетилсалициловой кислоты или препаратов от зубной боли, калийсодержащих лекарств и лекарственных средств, содержащих панкреатические ферменты. Цитотоксические лекарственные средства у большинства пациентов вызывают воспаление слизистой оболочки и образование язв. Таким образом, пациенты, получавшие химиотерапию противоопухолевыми средствами, характеризуются наибольшим риском развития лекарственного стоматита.

При лечении гипертонической болезни, ИБС, тахикардии и нарушения мозгового кровообращения с помощью блокаторов кальциевых каналов возможны побочные явления в виде гиперплазии десны, которая развивается у 40% пациентов.

Таким образом, врачу стоматологу-ортопеду необходимо знать о лекарственных препаратах, которые могут вызывать сим-

птомы, идентичные стоматологическим проявлениям, обусловленными зубными протезами и во время их диагностировать. Особое внимание стоматологу-ортопеду следует уделять тем пациентам, которым для лечения основного заболевания и сопутствующих состояний назначены препараты с однонаправленной стоматологической токсичностью. Вышеизложенное относится и к членам экспертных комиссий, которые могут столкнуться с подобной проблемой при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в стоматологии.

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., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами // Медицинская экспертиза и право. 2010. №6. С. 5-7.
4. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Проблемы судебно-медицинских экспертиз, проводимых в рамках гражданского процесса // Медицинское право. 2011. №6. С. 25-30.
5. Манин А.И., Манин О.И., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Изучение врачебных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в ортопедической стоматологии. Медицинское право России. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Ярославль 19-20 июня 2015 г. С. 271-273.

Об авторах:

Манина Елена Игоревна – ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава России, аспирант кафедры ортопедической стоматологии стоматологического факультета, Москва

Баринов Евгений Христофорович – ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, доцент, доктор медицинских наук, Москва, e-mail: Ev.barinov@mail.ru

Манин Александр Игоревич – ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава России, кафедра пропедевтической стоматологии, стоматологического факультета, доцент, кандидат медицинских наук, Москва

Манин Олег Игоревич – ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии стоматологического факультета, доцент, кандидат медицинских наук, Москва

Manina Elena Igorevna – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdekomov of Rosiiya's Ministry of Health, the graduate student of department of an orthopedic odontology of stomatologic faculty, Moscow

Barinov Evgeny Hristoforovich – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, professor of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, the associate professor, the doctor of medical sciences, Moscow

Manin Alexander Igorevich – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, department of a propedeutic odontology, stomatologic faculty, the associate professor, the candidate of medical sciences, Moscow

Manin Oleg Igorevich – FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, department of an orthopedic odontology, the associate professor of stomatologic faculty, the candidate of medical sciences, Moscow

© Манина Е.И., Баринов Е.Х., Манин А.И., Манин О.И., 2017

Павлова А.А.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ

Статья посвящена анализу правовых аспектов, касающихся приобщения к материалам дела заключения эксперта в качестве доказательства по расследуемому делу, а именно выявлению особенностей его оценки с точки зрения относимости к делу, соблюдения требований уголовно-процессуального порядка назначения, проведения и оформления заключения эксперта, а также определение полноты и объективности проведенного исследования.

Ключевые слова: заключение эксперта, доказательство, оценка доказательства, судебная практика, уголовный процесс, оформление заключения.

Pavlova A.A.

EVIDENTIARY VALUE OF EXPERT CONCLUSION IN CRIMINAL PROCEEDINGS

This article is devoted to the analysis of legal aspects related to the inclusion the expert's conclusion to the case materials as evidence on the case under investigation, namely, identify the specifics assessment of this evidence of relevance to the case, compliance with the requirements of the criminal process order of appointment, conduct and formalization of the expert's conclusion, appreciation of completeness and objectivity of the conducted research.

Keywords: expert conclusion, evidence, assessment of evidence, judicial practice, criminal process making the conclusion, execution of the conclusion.

Эксперт – это лицо, обладающее специальными знаниями (теорией, методикой производства экспертизы), которое назначается в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации, в целях производства экспертизы и дачи заключения. Под заключением эксперта понимают письменный документ, отражающий ход и результаты исследований, проведенных экспертом [2].

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации (далее УПК РФ) в свою очередь определяет заключение эксперта, как мотивированный вывод, содержащий фактические данные по вопросам, поставленным органами предварительного расследования, прокурором или судом, даваемый экспертом в письмен-

ной форме как результат проведенного им исследования обстоятельств уголовного дела на основе его специальных знаний [1].

Полученное заключение эксперта приобщается к материалам уголовного дела в качестве доказательства. Однако чтобы утверждать, что заключение эксперта будет являться доказательством, необходимо разобраться, что же собой представляет доказательство в суде.

Ряд авторов под доказательством понимают факты, с помощью которых устанавливается преступление или его отсутствие, виновность или не виновность и те источники, в которых находят понятие доказательств.

Другие же утверждают, что это практические данные, а именно сами факты, а не сведения о них.

В ряде учебников можно найти понятие доказательств как фактические данные, сведения, источники данных, способ, порядок проверки, оценки фактических данных и их источников.

Но, не смотря на такое разнообразие определений понятий «доказательство», УПК РФ закрепляет, что это любые сведения, на основе которых суд, прокурор, следователь, дознаватель устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, подлежащих доказыванию при производстве по уголовному делу, а также иных обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела.

Согласно УПК РФ, любое доказательство оценивается с точки зрения относимости, а именно наличия связи фактических данных с обстоятельствами, которые подлежат доказыванию, проще говоря – наличие связи между полученным доказательством и предметом расследуемого дела.

Допустимости, т.е. возможности использования полученных сведений в качестве доказательств, не имеющих признаки, закрепленные в ст. 75 УПК РФ (недопустимые доказательства).

Достоверности – правдивости, соответствии полученных данных действительности. Совокупность всех трех свойств позволяет говорить о достаточности полученных доказательств.

Заключение эксперта также может являться самостоятельным доказательством в суде.

Прежде чем заключение эксперта будет положено в основу промежуточных или конечных выводов по уголовному делу, оно

должно быть проверено и оценено (ст. 87 и 88 УПК РФ). Особенностью оценки заключения эксперта заключается, в том, что эксперт – это лицо, которое обладает специальными знаниями в той или иной области науки, и как правило, экспертиза назначается, в случае, когда следователем или иным уполномоченным лицом не представляется возможным решить ту или иную задачу, в связи отсутствием данных знаний. Однако оценку производят такие субъекты как следователь, прокурор, дознаватель или суд, а, то есть, лица, которые зачастую не обладают необходимыми знаниями, касающимися предмета экспертизы, то и оценить полученное заключение на предмет достоверности может быть затруднительным.

Оценка заключения эксперта состоит из нескольких этапов.

Одним из них является анализ соблюдения процессуального порядка подготовки, назначения и проведения экспертизы. Допустимость заключения эксперта, его доброкачественность во многом зависят от соблюдения установленного законом порядка назначения и производства экспертизы, в частности требований, связанных с разъяснением эксперту прав, обязанностей, предупреждением об ответственности. Например, если эксперт не был предупрежден об ответственности за дачу заведомо ложного заключения (ч. 5 ст. 57 УПК РФ), полученное от него заключение не может быть использовано судом как доказательство по уголовному делу или же даже может быть следствием отмены вынесенного судебного решения.

Так в связи с нарушением требований ст. 195 УПК РФ о порядке назначения судебной экспертизы, на предварительном следствии были отменены судебные решения в отношении Масловского, осужденного по ч. 1 ст. 111 УК РФ.

В отношении Сбойчикова в ходе предварительного следствия была произведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Одним из оснований отмены судебных решений Судебная коллегия сочла то, что во время предварительного следствия были нарушены требования уголовно-процессуального закона, в соответствии с которыми эксперты должны быть предупреждены об ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Так, в акте от 21 июля 2001 г. содержались неполные сведения о лицах, участвовавших в производстве экспертизы, в частности нет информации об их специальности, занимаемой должности, стаже экспертной работы. Также отсутствуют сведения о предупреждении экспертов об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, о медицинских документах, использованных экспертами при даче заключения [10].

Также, данный этап оценки заключения как доказательства включает в себя вопросы компетентности эксперта в области назначенной экспертизы, не подлежит ли назначенное лицо отводу по основаниям, закрепленным в УПК РФ.

Так согласно п. 3 ч. 2 ст. 70 УПК РФ, недостаточная компетентность эксперта может являться одним из оснований его отвода. Для судебных экспертов, работающих в государственных структурах, предусмотрено проведение их аттестации на право самостоятельного производства экспертиз и переаттестации через каждые пять лет.

Более того, является необходимым прохождение переподготовки экспертам, работающим в области стремительно развивающихся технологий. Так, Вехов В.Б. в своей работе подчеркивает необходимость более качественного осуществления подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов в области судебной компьютерно-технической экспертизы [4].

На ряду с вышеперечисленным, проверка отсутствия нарушения порядка собирания и изъятия образцов для исследования является одним из наиболее значимых вопросов.

Согласно российскому законодательству, собирание доказательств для дальнейшего исследования является обязанностью следователя, дознавателя или суда. Статья 57 УПК РФ закрепляет, что эксперт не вправе собирать материалы для дальнейшего исследования. Однако на практике данное положение нередко нарушается. Зачастую в случае, если уполномоченное лицо, не может обнаружить необходимые следы, частицы, то приглашается эксперт, который занимается выявлением и собиранием необходимых объектов исследования.

В связи с этим полученные в результате экспертной деятельности следы могут рассматриваться судом как собирание мате-

риалов для экспертного исследования, что создает основание для признания недопустимыми всех доказательств (следов), собранных и полученных экспертом.

Существуют разночтения мнений ученых касательно данного вопроса о допустимости собиранием материалов экспертом.

Некоторые ученые высказывают мнение о необходимости процессуальной регламентации возможности обнаружения экспертом доказательств.

Так Копьева А.Н. считает, что закон нуждается в изменении, предусматривающем возможность обнаружения экспертом новых доказательств [6, с. 6].

Лазарева Л.В. отмечает, что «требуется законодательное закрепление права эксперта собирать доказательства в некоторых, специально оговоренных случаях, например, при исследовании предметов - возможных носителей микрообъектов».

Виницкий Л.В., исследуя данный вопрос, считает «что в связи с необходимостью обеспечения объективного разрешения возникающих вопросов в уголовном судопроизводстве совершенно справедливо исключено совмещение функций следователя и эксперта (ст. 61 и 70 УПК РФ). Именно для объективизации расследования процессуальный закон и ввел такую форму использования специальных знаний, как использование помощи специалиста» [5].

Анализируя все точки зрения ученых, нельзя не согласиться с мнением Веницкого Л.В., поскольку именно для разрешения подобной ситуации законодательством предусмотрен такой участник как специалист.

Также нельзя не отметить тот факт, что согласно законодательству РФ, том числе Федеральному закону от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебной экспертной деятельности» производство экспертиз по заявлению частных лиц не предусмотрено. Поскольку под экспертизой понимается проведение исследования по определенным вопросам, которые были поставлены ограниченным кругом лиц: судьей, следователем или дознавателем. Документ, отражающий ход и результат проведенной работы называется заключением эксперта. Исследованием же является решение поставленной задачи перед экспер-

том физическим или же юридическим лицом во внесудебном порядке. Документ, отражающий ход и результат проведенной работы будет являться актом исследования, что неравноценно заключению эксперта. Более того при проведении экспертизы эксперт предупреждается и несет ответственность за дачу заведомо ложного заключения, согласно ст. 307 УПК РФ, при проведении исследования данная ответственность не предполагается. И как показывает практика, к исследованию суд относится более настороженно, чем к экспертизе и зачастую может не принять данную форму доказательства.

Один из таких случаев оказался даже предметом рассмотрения в Конституционном Суде РФ. Обстоятельства дела: по заявлению гражданина П., обвиняемого по уголовному делу, государственное учреждение «Северо-западный региональный центр судебной экспертизы Министерства юстиции Российской Федерации» подготовило экспертное заключение, а адвокат – защитник обвиняемого заявил следователю ходатайство о приобщении этого заключения к материалам уголовного дела, на что последовал отказ. Тогда П. обратился в Конституционный Суд РФ с жалобой, в которой оспаривал конституционность п. 4 ч. 4 ст. 47, п. 2 ч. 1 ст. 53, ст. 74, 85 и 86 УПК РФ, как не предусматривающих обязанность следователя приобщать к материалам уголовного дела в качестве доказательств экспертное заключение, полученное по инициативе обвиняемого, а не по постановлению следователя, что, по мнению заявителя, ставит сторону защиты в неравное положение со стороной обвинения. Конституционный Суд РФ в принятии к рассмотрению данной жалобы отказал, поскольку она не отвечает законным требованиям, и в своем определении, обосновывая этот отказ, указал, что «основанием для производства экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении является не заявление обвиняемого или его защитника, а постановление органа дознания, предварительного следствия, прокурора или суда» [9].

Проверка заключения эксперта на предмет относимости заключается в определении, относятся ли факты, установленные экспертом, к предмету доказывания и можно ли на основе данных выводов установить, доказать данный факт.

Также необходимо проводить проверку на соответствие заключения эксперта с поставленной задачей. Как правило, данная задача решается путем сопоставления поставленных вопросов с ответами, представленными в заключении. Согласно ст. 57 УПК РФ эксперт вправе давать ответы на вопросы, не поставленных в постановлении, но имеющих отношение к предмету его исследования.

Боле того, анализ полноты заключения и его научной обоснованности является одной из наиболее сложных задач, поскольку суд, следователь, прокурор, дознаватель зачастую не являются специалистами в области проведенной экспертизы. В данной ситуации немаловажная роль отводится лицам, участвующим в деле. Поскольку заинтересованные лица вправе ознакомиться с экспертным заключением, то одна из сторон может заявить и предоставить суду данные, указывающие о наличии ошибки или неточностей в экспертном заключении, каких-либо противоречащих фактов.

А также, если заключение эксперта, по мнению суда, является неясным или не полным, или же вызывает сомнение в правильности вывода, суд может назначить повторную или дополнительную экспертизу.

Примером осуществления проверки доказательств, может служить уголовное дело в отношении Д. и С., осужденных по приговору Советского районного суда г. Астрахани от 18 сентября 2013 г.

В апелляционном порядке данный приговор обжаловали осужденные и защитник – адвокат С., которые оспаривали причастность Д. и С. к преступлениям, и отметили, что заключение судебной дактилоскопической экспертизы по исследованию следов рук на прилавке по преступлению в отношении Г., вызывает сомнение, поскольку в суде первой инстанции эксперт не смог пояснить, кем оставлены следы рук, обнаруженные на месте преступления.

В целях проверки заключения эксперта, его показаний и доводов жалоб, по ходатайству осужденного Д. в суде апелляционной инстанции экспертом были отобраны образцы следов рук Д. и назначена повторная дактилоскопическая экспертиза, при

проведении которой экспертом установлено, что два следа ладони, обнаруженные на месте происшествия, оставлены ладонью левой руки Д. [11].

Так же, говоря о заключении эксперта, необходимо отметить, что оно должно иметь четко структурированную форму, регламентированную нормами уголовно-процессуального законодательства. Не соблюдение данной формы, отсутствие того или иного пункта может послужить не признанием в суде данного заключения в качестве доказательства.

Его структура регламентируется уголовно-процессуальным законодательством и Федеральным законом от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебной-экспертной деятельности в Российской Федерации». А именно: оно должно состоять из трех частей, из вводной, исследовательской и выводов. Вводную и исследовательскую часть также именуют протокольной.

Вводная часть состоит из таких данных как дата, время начала и окончания проведения судебной экспертизы, также данные о лице, вынесшее постановление о назначении экспертизы, полную информацию о назначенном эксперте, а также сведения об объекте исследования и иные предоставленные сведения.

Исследовательская часть является основой для составления выводов экспертом. Она состоит из описания процесса исследования, дается более полная информация о материалах, также описываются использованные методы.

Выводы эксперта являются одной из самых значимых частей заключения, поскольку в данной части эксперт дает объективную и полную оценку полученных данных, именно здесь содержатся ответы, на поставленные вопросы, указываются все особенности, которые эксперт смог выявить ходе своего исследования [8].

Более того, экспертное заключение должно быть написано наиболее возможным доступным языком, текст должен быть ясным, последовательным и логично изложенным, а также без грамматических и иных ошибок (зачеркиваний, исправлений).

В конце необходима подпись эксперта, как подтверждение к вышеизложенному.

Так, например, при осмотре места происшествия по делу об убийстве были изъяты несколько патронов. На одном из них обнаружен след пальца руки, пригодный для идентификации. На разрешение дактилоскопической экспертизы был поставлен вопрос: не оставлен ли след на патроне гражданином Н., дактилоскопическая карта которого прилагалась? В заключение эксперта К. не были описаны объекты, представленные на исследование, отсутствовала исследовательская часть, посвященная идентификации гражданина Н. При оценке суд пришел к выводу, что экспертное заключение эксперта К. является неполным, необоснованным и выполнено с нарушением требований УПК РФ, и назначил повторную экспертизу [7, с. 96].

Также проверка достоверности полученного заключения осуществляется путем сопоставления его с другими доказательствами, которые имеют безоговорочное подтверждение их правдивости. Их противоречивость может послужить одним из оснований признания заключения эксперта недостоверным. В связи с этим заключение эксперта может быть отклонено.

В связи с тем, что следователь, суд, как правило, не обладают знаниями, касающимися проведенной экспертизы, и оценить правильность, достоверность заключения эксперта является затруднительным, то может быть произведен допрос эксперта, а также он может быть приглашен в судебное заседание для дачи показаний и разъяснений по проведенной экспертизе.

Также, касаясь проблемы проверки достоверности и правильности проведения экспертизы уголовно-процессуальное законодательство предусматривает присутствие следователя при проведении экспертизы. Данный факт, хоть и от части, но все же позволяет решить данный вопрос, поскольку у следователя есть право получать необходимые разъяснения от эксперта о ходе проводимых им действий. Данное право позволяет вникнуть следователю в ход проведения экспертизы, в качество использованных методик, убедиться, что эксперт внимательно и тщательно изучил поставленные вопросы, обоснованно вынес на них ответы [3, с. 146].

Анализируя все вышесказанное, хотелось бы еще раз подчеркнуть, что оценка заключения эксперта в качестве доказательства

представляет собой не простую задачу, поскольку при ее проведении используются специальные знания, которыми зачастую не обладает суд, следователь и иные уполномоченные лица, оценивающие заключение эксперта в качестве доказательства. В связи с этим, нередки случаи вызова эксперта в суд для дачи разъяснения по проведенной экспертизе. Однако не исключена и практика, когда суд пренебрегает заслушиванием эксперта, что, безусловно, в виду сложности используемого научного языка, может затруднить понимание заключения участниками судопроизводства.

Оценка заключения эксперта в качестве доказательства включает множество критериев такие как правильность собирания материала, использования методики, необходимость регламентированного оформления и многие другие, соблюдение которых позволит использовать заключение эксперта в качестве весомого доказательства по делу.

Список литературы:

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. №174-ФЗ (ред. от 06.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2016) // Российская газета от 22 декабря 2001 г. №249.
2. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ (ред. от 08.03.2015) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Российская газета от 5 июня 2001 г. №106.
3. Безлепкин Б.Т. Настольная книга следователя и дознавателя 3-е изд., перераб. и доп. М.: Проспект, 2013. С.146
4. Вехов В.Б. Криминалистическое учение о компьютерной информации и средствах ее обработки. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://lawtheses.com/kriminalisticheskoe-uchenie-o-kompyuternoy-informatsii-sredstvah-ee-obrabotki> (дата обращения 07.04.2017).
5. Иванова Е.В. Концептуальные основы использования знаний при выявлении и расследовании преступлений, связанных с опасными для здоровья веществами. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.sudexpert.ru/diss/ivanova.pdf>. (дата обращения 10.10.2016).
6. Ковтков Д.И. Об установлении существенных нарушений норм материального или процессуального права при передаче дела в кассационную инстанцию. М.: Адвокат, 2012. №11. С. 6.
7. Россинская Е.Р., Галяшина Е.И. Настольная книга судьи: судебная экспертиза. М.: Проспект, 2010. С. 96.

8. Рыжаков А.П. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации (9-е изд., перераб.). 2014. [Электронный ресурс]: Информационно-правовая система «Гарант». Режим доступа: <http://base.garant.ru/57571740/> (дата обращения 13.10.2016).
9. Определение Конституционного Суда РФ от 4 марта 2004 г. об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Проня А.В. на нарушение его конституционных прав п. 4 ч. 4 ст. 47, п. 2 ч. 1 ст. 53, ст. 74, 85 и 86 Уголовно-процессуального кодекса РФ // Российская газета. 2004. 7 июля.
10. Обзор надзорной практики СК по уголовным делам Верховного Суда РФ за 2005 г. // Бюллетень Верховного Суда РФ, октябрь 2006 г., №10.
11. Обобщение судебной практики применения положений части 1.1 статьи 389.6 УПК РФ и частей 4, 6, 7 статьи 389.13 УПК РФ при рассмотрении уголовных дел в апелляционном порядке в Астраханском областном суде [Электронный ресурс]: Информационно-правовая система «Гарант». Режим доступа: <http://base.garant.ru/9155515/> (дата обращения 13.10.2016).

Об авторе:

Павлова Анна Александровна – студентка 3 курса факультета «Социальных и гуманитарных наук», кафедры «Юриспруденция, интеллектуальная собственность и судебная экспертиза», Московского Государственного Технического Университета имени Н.Э.Баумана (национальный исследовательский университет), Москва, e-mail: AnniaPavlova@yandex.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

Сидорович Ю.В., Весёлкина О.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: СТРУКТУРА, ИСХОДЫ РАССМОТРЕНИЯ ДЕЛ СУДАМИ И СЛЕДСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ, ПРИМЕРЫ

В статье произведен анализ экспертиз с решением вопросов о правильности оказания хирургической медицинской помощи, произведенных в отделе сложных экспертиз Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 и 2016 годах. Проанализирована структура, частота исков и возбуждения уголовных дел, решения по рассмотрению дел судами и следственными органами, частота дефектов медицинской помощи, возможные исходы для пациента при правильном оказании медицинской помощи, суммы исковых требований, заявляемые истцами, и суммы, взыскиваемые судами.

Ключевые слова: *комиссионная судебно-медицинская экспертиза, дефекты оказания медицинской помощи, профессиональные правонарушения медицинских работников, экспертиза с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи, хирургия.*

Sidorovich Yu. V., Veselkina O. V.

CLINICAL FORENSIC EXPERTISE OF DEFECTS OF MEDICAL TREATMENT (SURGERY PROFILE): STRUCTURE, RESULTS OF PROCEEDINGS CASES BY COURTS AND INVESTIGATORY ORGANS, EXAMPLES

This article deals with analysis of clinical forensic examinations with resolving of issues correctness of Surgery treatment, which were produced in department of complex expert examinations of Bureau of Forensic Medicine of Moscow Region in 2015-2016 years. Structure, frequency of suits and initiations of criminal cases, case decisions by courts and investigatory organs, frequency of defects of medical treatment, possible of saving patient's life (employability) in case of correct medical treatment, claimed amount and amount that was satisfied by courts were analyzed.

Keywords: *clinical forensic examination, defects of medical treatment, expertise with resolution of issues of medical professional offences, expertise with resolution of correctness or medical treatment, surgery.*

В 21 веке – веке высоких технологий – практически любая информация, в том числе из медицинской и правовой областей, стала легко доступна. В этой связи в обществе достаточно остро

ощущается недовольство качеством оказания медицинских услуг, в том числе и хирургического профиля. Широкая доступность для населения производства комиссионных экспертиз, решающих вопросы правильности оказания медицинской помощи, разрекламированная в средствах массовой информации следственными органами и Минздравом РФ, привела к тому, что фактически любой гражданин вправе написать заявление в правоохранительные органы о том, что ему была неправильно оказана медицинская помощь, что влечет за собой назначение следственными органами или судами экспертиз.

По данным различных авторов, одним из основных профилей медицинской помощи по которым проводятся комиссионные судебно-медицинские экспертизы является хирургический, что свидетельствует об актуальности изучаемой проблемы и необходимости продолжения исследований в этой области.

Нами был проведен анализ комиссионных экспертиз по материалам дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи, выполненных в отделе сложных экспертиз ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» за 2015-2016 гг. [1, 2], при этом учитывались экспертизы, которые были закончены в вышеуказанный период.

Анализ структуры экспертиз в отношении правонарушений медицинских работников показал, что лидирующие позиции занимает хирургический профиль, удельный вес которого в 2015-2016 г. составил 52%, реже всего встречались неонатальный и реанимационный профили.

При этом в структуре общего хирургического профиля, в который мы включали все хирургические специальности, преобладала абдоминальная и торакальная хирургия (29 случаев), травматология (14 случаев) и нейрохирургия (13 случаев). Минимально были представлены кардиохирургия (1 случай), комбустиология (1 случай), проктология (1 случай) и челюстно-лицевая хирургия (1 случай).

При рассмотрении экспертиз хирургического профиля в разрезе материалов, по которым они были назначены, выявлено следующее: наибольшее количество экспертиз было назначено по материалам гражданских дел (49,4%), а количество экспертиз по

материалам доследственной проверки резко уменьшилось в 2016 году по сравнению с 2015 годом, что было обусловлено сложностью привлечения внештатных экспертов в связи с изменением схемы финансирования их работы.

Что касается исковых требований по возмещению материальных расходов и морального вреда в гражданском судопроизводстве, большая их часть содержала требования на сумму от 500 тысяч до 1 миллиона рублей. Максимальной суммой, заявленной в качестве компенсации морального вреда, было 9 млн. рублей (в иске было отказано).

Анализ исходов рассмотрения судами гражданских дел показал, что в удовлетворении исковых требований было отказано в 41% случаев. Таким образом, удовлетворению подлежала большая часть исковых требований, хоть и не в полном объеме. Лишь в одном случае исковые требования были удовлетворены полностью – взыскано 457 тыс. рублей в 2015 году, в остальных случаях исковые требования были удовлетворены частично. При этом, в среднем, судом взымались средства, составляющие 26% от заявленных исковых требований, средняя сумма компенсации составила 294 тысячи рублей. Корреляции между размером взысканной суммы и сложности рассматриваемой ситуации не выявлено.

Анализ врачебных экспертиз хирургического профиля по материалам уголовных дел показал, что в 2015 и 2016 годах наиболее часто были возбуждены уголовные дела по статье 109 ч. 2 (Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей), особенно высока ее доля в 2016 году. Такие статьи УК РФ как халатность (ст. 293), неоказание медицинской помощи (ст. 124) в отношении медицинских работников по данным анализируемых экспертиз не применялись [3]. При этом, преобладающее количество уголовных дел было возбуждено в отношении неопределенных медицинских работников (55,6%), лишь в единичных случаях речь шла о конкретных медицинских работниках.

Анализ решений, вынесенных следственными органами по уголовным делам в отношении медицинских работников показал, что в 2015 г. уголовное дело было прекращено в 63% случаев. Основой для принятия отрицательного решения следствием

либо неустановление дефектов оказания медицинской помощи, либо отсутствие прямой причинно-следственной связи между установленными дефектами оказания медицинской помощи и наступления смерти или неблагоприятных последствий.

Согласно полученным данным, дефекты оказания медицинской помощи хирургического профиля были выявлены в 80% случаев. Учитывая специфику хирургии, наибольшую важность представляют дефекты хирургических операций. Наиболее часто из дефектов нам встречались запоздалое проведение операции (15 случаев), непроведение показанной операции (13 случаев), недостатки техники операции (14 случаев), в одном случае встретилось оставление салфетки в брюшной полости. Что касается возможности сохранения жизни (трудоспособности) больных при правильном оказании медицинской помощи хирургического профиля в 2015 и 2016 годах, она должна была быть сохранена в четверти случаев.

При выявлении дефектов оказания медицинской помощи хирургического профиля, между ними и наступлением неблагоприятных последствий для пациента в 16 случаях была установлена прямая причинно-следственная связь, в 11 из них был оценен вред здоровья.

Приводим 2 примера экспертиз с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи хирургического профиля, встретившихся в нашей практике.

Пример 1.

В суд обратился отец Ребенка 1 года с иском к Научно-исследовательскому институту (далее НИИ) о компенсации морального вреда. В обосновании заявленных требований ссылался на то, что врачами НИИ не было установлено наличие инородного тела трахеи, приведшего к развитию у Ребенка ларинготрахеита с обструктивным синдромом и частичным преходящим ателектазом правого легкого.

Из истории заболевания известно, что Ребенок, в возрасте 1 года, на глазах у родителей «проглотил сладкий леденец, средство от кашля Гексорал», у него сразу пропал голос, он не издавал никаких звуков, только плакал и был очень испуган. В связи с этим ребенок был госпитализирован в ЛОР-отделение НИИ.

При осмотре в ЛОР-отделении установлено, что общее состояние Ребенка средней степени тяжести, положение активное, при исследовании лор-органов отмечено, что задняя стенка глотки розовая, чистая; голос звонкий, дыхание свободное, явлений дисфагии (нарушения глотания) нет; осмотр носоглотки и непрямая ларингоскопия не проводилась из-за малого возраста Ребенка.

Педиатром при осмотре отмечены беспокойство Ребенка, осиплый голос, грубый кашель, отсутствие одышки (ЧДД 28 в мин.), обычная окраска кожи, умеренная гиперемия и рыхлость зева, жесткое дыхание в легких, проводящееся во все отделы, проводные хрипы.

На рентгенограмме органов грудной клетки инородного тела пищевода не выявлено. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), выполненной 19.11.14 г., инородного тела пищевода и желудка не выявлено, обнаружено лишь незначительное наложение растворенной таблетки по большой кривизне желудка.

Врачом педиатром было сделано заключение: «у ребенка 1 года нельзя исключить инородное тело пищевода». Ребенок был осмотрен детским реаниматологом, который установил, что состояние Ребенка тяжелое, он беспокоен, плачет; голоса нет; самостоятельное дыхание через естественные дыхательные пути затрудненное, шумное; периоральный умеренный цианоз; умеренное втяжение уступчивых мест грудной клетки; аускультативно в легких жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет; тахикардия до 140 в мин.; аппетит резко снижен. По тяжести состояния Ребенок был обоснованно экстренно переведен в реанимационное отделение, где он был переведен на ИВЛ (искусственную вентиляцию легких). Во время интубации при прямой ларингоскопии установлены выраженный отек в области голосовых связок, гиперемия; каких-либо инородных тел не отмечено.

В дальнейшем на фоне проводимой терапии, которая не была противопоказана Ребенку, но не могла привести к его излечению, состояние Ребенка улучшилось, что позволило прекратить ИВЛ и перевести его на самостоятельное дыхание.

25.11.2014 г. Ребенок был переведен в ЛОР-отделение. В дальнейшем у него помимо кашля, наблюдалась лихорадка, частый жидкий стул с патологическими примесями, а также заложен-

ность носа, гиперемия и отечность зева. Эти явления были связаны с присоединением внутрибольничных инфекций – кишечной, вероятно, ротавирусной этиологии, и респираторно-вирусной инфекции. Состояние Ребенка неправильно трактовалось как стеноз гортани на фоне ОРВИ, затем как ОРВИ с кишечным синдромом.

Правильный диагноз «Инородное тело трахеи» был установлен лишь через 2 месяца в другом лечебном учреждении после проведенной бронхоскопии.

Судом была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза, экспертная комиссия пришла к следующим выводам. Наличие инородного тела трахеи (вероятно, кусочек пластмассовой упаковки таблетки гексорал), попавшего в дыхательные пути в результате аспирации (вдыхания), повлек развитие у Ребенка ларинготрахеита с обструктивным синдромом. При правильном и своевременном оказании медицинской помощи – своевременной диагностике инородного тела и его своевременном удалении – прямая причинно-следственная связь была бы прервана и указанные осложнения заболевания не развились бы.

Дефекты оказания медицинской помощи – запоздалая диагностика и запоздалое удаление инородного тела – явились условием, способствующим развитию осложнений со стороны дыхательной системы (ларинготрахеита с обструктивным синдромом и преходящим частичным ателектазом легкого) и длительному их течению, но в прямой причинно-следственной связи с этими осложнениями не находятся. Следовательно, вред здоровью не устанавливался.

Судом было принято решение о частичном удовлетворении иска: взыскана компенсация морального вреда в размере 50000 рублей с двух медицинских организаций и расходы, понесенные на производство судебной экспертизы.

Пример 2.

Пациентка обратилась в суд с иском, в котором просила взыскать с ответчика компенсацию причиненного морального вреда. По мнению истицы, дефекты при проведении ей струмэктомии (операции по полному или частичному удалению щитовидной железы) привели к параличу голосовых складок и гортани.

Из истории заболевания известно, что до обращения к ответчику, у истицы был диагностирован узловой коллоидный зоб. В 2014 году объем щитовидной железы (по данным УЗИ) резко увеличился (до 60,8 см³), и у истицы появились жалобы («щитовидная железа сильно выпирала и была как «хомут» на шее, доставляла ей «дискомфорт и удушье»). Пациентке было произведено УЗИ щитовидной железы, показавшее наличие диффузно-узловатого зоба с объемом железы 65 см³ и узлов левой доли щитовидной железы: «16x39 мм и 10x14 мм», коллоидно-солидной структуры. Функция щитовидной железы (уровень гормонов – ТТГ, Т4) была исследована и оказалась нормальной. Была произведена ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) узлов щитовидной железы под контролем УЗИ. При изучении препаратов биопсии установлены морфологические признаки регрессивного коллоидного зоба, т.е. образование щитовидной железы у Пациентки было доброкачественным.

Истице в плановом порядке было назначено оперативное лечение щитовидной железы, к проведению которого имелись лишь относительные показания (наличие косметического дефекта).

Операция «Струмэктомия» по субфасциальной методике (по Николаеву) была выполнена в медицинской организации-ответчике. Учитывая объективные сложности операции вследствие значительно увеличенного объема щитовидной железы, выясненные на дооперационном этапе, методика операции должна была предполагать поиск и визуализацию возвратно-гортанных нервов в ходе удаления щитовидной железы, чего сделано не было, что видимо и послужило причиной повреждения возвратно-гортанных нервов и развития последующих осложнений.

Экспертной комиссией указано, что в связи с имевшимся заболеванием истице был показан объем операции в виде предельно-субтотальной резекции (удаление практически всей ткани с оставлением функционально-незначимого участка в районе «голосовых» нервов).

Таким образом, неправильно выбранная методика и техника операции, не соответствовавшая сложности хирургического вмешательства, привели к тяжелому ятрогенному повреждению возвратно-гортанных нервов с двух сторон, которое явилось причиной развития у истицы двустороннего паралича гортани.

Причиной допущенных хирургом ошибок явилась его недостаточная специальная подготовка и недостаточный опыт в проведении операций на щитовидной железе.

Была установлена прямая причинно-следственная связь между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими неблагоприятными последствиями, вред здоровью оценен как тяжкий.

Суд удовлетворил иски требования пациента о взыскании морального вреда, в пользу Истца взыскана компенсация морального вреда в размере 1000000 (один миллион) рублей, расходы на оплату услуг представителя в размере 10000 (десять тысяч) рублей.

Резюмируя изложенное, авторы заключают, что частота встречаемости «врачебных» экспертиз хирургического профиля, отсутствие единства взглядов в отношении установления прямой причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими неблагоприятными последствиями, позволяют утверждать, что данная проблема требует глубокого научного изучения, результаты которого актуальны как для судебных медиков и юристов, так и для врачей, включая главных врачей лечебно-профилактических учреждений.

Список литературы:

1. Клевню В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад / М.: Ассоциация СМЭ, 2016. С. 11-73.
2. Клевню В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2016 году: ежегодный доклад / М.: Ассоциация СМЭ, 2017. С. 10-60.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ. Текст Кодекса опубликован в Собрании законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. №25 ст. 2954, в «Российской газете» от 18 (ст. ст. 1-96), 19 (ст. ст. 97-200), 20 (ст. ст. 201-265), 25 (ст. ст. 266-360) июня 1996 г. №113, 114, 115, 118.

Об авторах:

Сидорович Юлия Валерьевна – врач судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», Московская область, e-mail: Lelik_one@inbox.ru

Веселкина Олеся Валерьевна – заведующая отделом сложных экспертиз ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», Московская область, e-mail: veselkina@sudmedmo.ru

Sidorovich Yulia Valer'evna – forensic medical doctor of department of complex expert examinations, Bureau of Forensic Medicine of Moscow Region, Moscow Region.

Veselkina Olesya Valer'evna – the head of department of complex expert examinations, Bureau of Forensic Medicine of Moscow Region, Moscow Region.

© Сидорович Ю.В., Веселкина О.В., 2017

**ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЬИ
ДЛЯ ОПУБЛИКОВАНИЯ В ИЗДАНИИ**

К опубликованию принимаются статьи объемом от 7-ти страниц, выполненные как индивидуально, так и авторским коллективом.

Текст статьи должен быть тщательно вычитан и отредактирован. Материалы публикуются в авторской редакции, авторы несут ответственность за научно-теоретический уровень публикуемого материала.

Статьи должны быть выполнены в текстовом редакторе Microsoft Word. Размер страницы – А4, ориентация листа – «книжная». Поля страницы: 2 см со всех сторон. Шрифт – «Times New Roman», размер кегля – 14, межстрочный интервал – 1,5.

Направление в редакцию ранее опубликованных (или направленных в печать) работ не допускается.

Все представленные материалы могут быть размещены в электронных справочных правовых системах и на сайте Национального института медицинского права.

В статье должны быть указаны следующие данные:

1. Название статьи

Приводится на русском и английском языках, печатается ПРОПИСНЫМИ БУКВАМИ, шрифт – полужирный, выравнивание по центру.

2. Сведения об авторе строчными буквами:

- фамилия, имя, отчество всех авторов полностью (на русском и английском языке);
- полное название организации и подразделения организации; место работы автора в именительном падеже, страна, город (на русском и английском языке). Если все соавторы статьи работают в одном учреждении, можно не указывать место работы каждого автора отдельно;
- должность, звание, ученая степень;
- город.

3. Аннотация

Приводится на русском и английском языках.

4. Ключевые слова

Ключевые слова или словосочетания отделяются друг от друга точкой с запятой. Ключевые слова приводятся на русском и английском языках.

5. Список литературы

Список литературы следует оформлять в соответствии с ГОСТ 7.0.5-2008.

Сноски на литературу следует оформлять **в квадратных скобках**: [1, с. 4].

Пример оформления статьи

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЁТОМ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Иванов Иван Иванович, старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, профессор, кандидат медицинских наук, г. Москва

Адрес для переписки: medpravo@mail.ru

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью выделения отдельных обязательных составляющих системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи на уровне медицинской организации, с учётом складывающейся судебной практики.

Ключевые слова: система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи; судебная практика.

LEGAL ASPECTS OF THE SYSTEM OF INTERNAL CONTROL QUALITY AND SAFETY OF CARE WITH THE JURISPRUDENCE

Ivanov Ivan Ivanovich, senior lecturer, professor, PhD, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

This article analyzes the legislation in the field of health in order to separate the individual components of the mandatory system of internal control quality and safety of care at the health facility, taking into account prevailing in 2012-2013 in the Rostov region jurisprudence.

Keywords: system of internal control quality and safety of care; judicial practice.

Отличительная черта современного этапа развития здравоохранения – интенсивная оптимизация его законодательной базы, включающая в себя практически все аспекты медицинской деятельности. С одной стороны, в современной научной правовой и медицинской литературе неоднократно высказывалось мнение о необходимости подобного совершенствования [1, с. 4]. ...

Список литературы

1. Калинушкин М.П. О винтовом движении в трубопроводах // Известия РАН. Отдел технических наук. 2007. №3. С. 15-21.

2. Лопухов В.И., Кононенко В.Д., Мальчевская Н.Ф. К расчету параметров закрученного потока в горизонтальном трубопроводе // Инженерные методы решения практических задач в санитарной технике. Волгоград, 2007. С. 3-6.

3. 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. №48. ст. 6724.

Интернет-документы:

Логинова Л. Г. Сущность результата дополнительного образования детей // Образование: исследовано в мире: междунар. науч. пед. интернет-журн. 21.10.03. URL: <http://www.oim.ru/reader.asp?nomers=366> (дата обращения: 17.04.07).

<http://www.nlr.ru/index.html> (дата обращения: 20.02.2007)

Сведения об авторе

Иванов Иван Иванович, старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, кандидат медицинских наук, профессор, г. Москва

Адрес для переписки:

medpravo@mail.ru

адрес: 111538, г. Москва, ул. Вешняковская, дом 13, кв.32;

тел./ факс: 8-903-713-65-19.

