МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 3

№ 2 (6)

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. № 2 (6). 586 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 VI Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медиицинскому праву, состоявшемуся в г. Москве 15-17 ноября 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

М А Т Е Р И А Л Ы

VI ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА (НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА) ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРАВУ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Москва,
15-17 ноября 2017 года

Москва
2017

Содержание

От редакционной коллегии 11

РАЗДЕЛ I. ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бобровская О.Н.
ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 15

Булычева Л.В., Закурдаева А.Ю., Дежурный Л.И., Салагай О.О., Щетинин С.В.
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ 23

Генриет Роскам Эббинг / Henriette D.C. Roscam Abbing
МЕЖДУНАРОДНЫЕ / ЕВРОПЕЙСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРАВ ПАЦИЕНТА И ОБЯЗАННОСТЕЙ ВРАЧА: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ / INTERNATONAL / EUROPEAN PERPECTIVES OF THE RIGHTS OF THE PATIENT AND RESPONSIBITLITIES OF DOCTORS: MAJOR PRINCIPLES AND CHALLENGES 35

Алия Еркайраткызы Даутбаева-Мухтарова
ПРАВОВОЙ СТАТУС ЭМБРИОНА 44

Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., Каташина Е.С.
О РАЗВИТИИ ИНСТИТУТА СТРАХОВЫХ ПОВЕРЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ 54

Елина Н.К.
ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 60

Каминская О.Н.
НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РЕКЛАМЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 67

Канунникова Л.В., Хлудов Е.Ю.
ПРАВОВАЯ ПРИРОДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УСЛУГИ) И ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС 74

Кирова Т.А.
ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 84

Кузнецов С.В.
ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА РАБОТЫ БАЛТИЙСКОГО СООБЩЕСТВА КРИМИНАЛИСТОВ 91

Мамедова Вафа Ягубали кызы, Мамедов Вугар Курбан оглы
ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ КАК ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА БИОЭТИКИ И МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 98

Морозов Д.А., Яновский А.С., Коршиков С.С., Селезнев Г.И.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 109

Саукенова С.О.
СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ 118

Тимофеева М.Ю.
ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ В РЕАЛИЗАЦИИ ГРАЖДАНАМИ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ 131

Фарбер Е.В.
ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ИЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ТАЙНА? 139

Фарбер Е.В.
СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С РАЗГЛАШЕНИЕМ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ 145

РАЗДЕЛ II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Баринов Е.Х., Калинин Р.Э., Ромодановский П.О.
КОМПЕТЕНЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДОКУМЕНТОВ, ВХОДЯЩИХ В МАТЕРИАЛЫ «ВРАЧЕБНЫХ» ДЕЛ 155

Голощапов-Аксенов Р.С., Пиголкин Ю.И., Кича Д.И. Морозов К.М.
ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ КРИТЕРИЕВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЙ 166

Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СЛУЧАЯХ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 176

Ерофеев С.В., Эделев Н.С.
ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ 181

Каменская Н.А.
ТЕНДЕНЦИИ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНЫЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМ, УСТАНАВЛИВАЮЩИХ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 190

Козлов С.В.
ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 198

Кузьмичев Д.Е., Баринов Е.Х., Скребов Р.В., Никулина Л.Р., Чирков С.В.
ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 204

Кузнецов С.В.
ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 211

Куранов В.Г.
АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕСОБЛЮДЕНИЕ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 223

Лузанова И.М., Павловская О.Г., Лебеденко М.А.
ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ ТРУПА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В УЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ – НЕОБХОДИМОСТЬ, ОСНОВАНИЕ, ПРОЦЕДУРА 230

Михеева Н.А., Баринов Е.Х.
КОМПЕТЕНЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ОТДЕЛА КОМИССИОННЫХ ЭКСПЕРТИЗ 241

Спиридонов В.А., Александрова Л.Г., Калянов В.А., Латфуллина Р.Р.
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ: ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ 247

Свередюк М.Г.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОКАЗЫВАНИЯ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ ПО ДЕЛАМ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ОТДЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ СОСТАВА ПРАВОНАРУШЕНИЯ 255

Фарбер Е.В.
К ВОПРОСУ О НАЗНАЧЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 263

РАЗДЕЛ III. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Грачева Т.Ю., Москвина Я.В.
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМЫХ 271

Калецкий Е.Г.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В НАРКОТИЧЕСКИХ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТАХ 278

Никитин М.В., Мелехин О.Ю.
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И РЕГУЛИРОВАНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ КУРОРТНОГО ДЕЛА САНАТОРНО-КУРОРТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РОССИИ 284

Москвина Я.В.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ 292

Островская А.П., Петрова Л.А.
ПРОБЛЕМЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 298

Островская А.П., Петрова Л.А.
ПРОБЛЕМЫ В РЕГЛАМЕНТАЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОСМЕТОЛОГОВ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 304

Павлова Ю.В.
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ: АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ 309

Тимофеев Ю.С., Тимофеева М.Ю.
ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ 324

Цыганова О.А.
ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАЗНАЧЕНИЯ «OFF-LABEL» ТЕРАПИИ 332

РАЗДЕЛ IV. МАТЕРИАЛЫ ПРЕ-КОНГРЕССА ДЛЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

Биняковский Р.В., Мамедова Г.Ш.
РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ НЕПОЛНОСТЬЮ ДЕЕСПОСОБНЫХ В РФ 341

Гасымова А.М., Файнзильбер Е.Ю.
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 354

Зайченкова О.А.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ 365

Завадская Т.Ф.
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ АЭРОПОРТОВ И ВОЗДУШНЫХ СУДОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ 379

Зиганурова З.З.
СОВРЕМЕННОЕ ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «С» В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 390

Коновалов Д.Д.
КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ИНСТИТУТА ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ 400

Кузьмин К.В., Паршутина А.А.
ПРЕЗУМПЦИЯ СОГЛАСИЯ НА ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ ПОСЛЕ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ 406

Левина М.М., Предеина И.В.
ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РФ 420

Миннегулов И.Х., Кондратьева В.Ю.
ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА 430

Нечаева С.Д., Павлова Ю.В.
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РОССИИ 435

Павлова Ю.С., Смирнова Д.А., Павлова Ю.В.
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА КАК МЕТОДА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 445

Павлова А.А.
ОБЪЕМ И ХАРАКТЕР ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА ЖИЗНИ И (ИЛИ) ЗДОРОВЬЮ НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 456

Паршутина А.А., Кузьмин К.В.
ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО СТАТУСА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ С УЧЁТОМ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ 470

Саркисян Д.А.
ОТКАЗ ВРАЧА ОТ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА: ПРОБЛЕМЫ И ИХ РЕШЕНИЕ 481

Сергеев Ю.Д., Михайлов И.А.
ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИ НЕОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМИ, ОБЯЗАННЫМИ ЕЁ ОКАЗЫВАТЬ В РОССИИ, ЕВРОПЕ И США: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ 490

Смоленцева К.В.
АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ РЕДКИМИ (ОРФАННЫМИ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 507

Спиридонов В.А., Анисимов А.А.
МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК НАСУЩНАЯ ОТРАСЛЬ ПРАВА В УСЛОВИЯХ ОПТИМИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММ ВЫСШЕГО ЮРИДИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ 516

Тимофеева М.Ю., Северцев В.В.
ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ И СВОБОД ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПРАВОВОЙ АСПЕКТ) 523

Тюбина А.С., Павлова Ю.В.
ПРАВОВОЙ РЕЖИМ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 533

Утюмова Д.А., Бобровская О.Н.
ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ХАЛАТНОСТЬ В СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ, НОВОЙ ЗЕЛАНДИИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 543

Фисенко Д.А.
ПРАВОВЫЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И НАУЧНЫХ ЦЕЛЯХ 552

Хейрбейк Ю.А.
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА СОВЕРШЕНИЕ НЕЗАКОННОГО ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 561

Шабазов У.А.
ПРОБЛЕМА КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК КАК УГОЛОВНО-НАКАЗУЕМЫХ ДЕЯНИЙ 571

Шадская М.А., Павлова Ю.В.
ПРОБЛЕМА НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПО ПРОФИЛЮ ОНКОЛОГИЯ 577

От редакционной коллегии

Уважаемые коллеги!

Данный выпуск журнала «Медицинское право: теория и практика» объединяет материалы важнейшего научно-практического форума, который состоялся 15-17 ноября 2017 года на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации – VI Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву с международным участием, а также включает материалы Пре-конгресса для молодых ученых «Актуальные вопросы медицинского права», прошедшего в рамках научной программы съезда. Организатором Конгресса традиционно стал Национальный институт медицинского права, который объединяет специалистов в области медицинского права, в том числе посредством организации и проведения научно-практических мероприятий по данному направлению.

В своем выступлении Президент конгресса, заведующий кафедрой медицинского права Сеченовского университета, почетный член Правления Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), член-корреспондент РАН, заслуженный юрист РФ, профессор Юрий Дмитриевич Сергеев подчеркнул роль конгресса в становлении правовой медицины в Российской Федерации, развитии международного сотрудничества в данной сфере и интеграции России в мировое научное сообщество.

Актуальность конгресса также была отмечена его включением в План наиболее значимых мероприятий образовательной и воспитательной направленности в образовательных организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения РФ на 2017 год (письмо Минздрава России № 16-0-15/245 от 09.12.2016).

Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Татьяна Яковлева от имени Минздрава России поздравила участников с началом работы форума и выразила уверенность, что конгресс будет способствовать плодотворному обмену научным опытом, результатом чего станет совершенствование медицинского права в ближайшие годы.

В работе форума принял участие Артём Тарасенко, заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России, в своем докладе подчеркнувший, что для эффективной кадровой политики необходимо изменить парадигму подготовки специалистов.

Приветственное письмо делегатам также направил Дмитрий Морозов, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии Сеченовского университета.

В форуме приняли участие ведущие российские и зарубежные эксперты из Франции и Нидерландов, в том числе представители Всемирной ассоциации меди-

цинского права (WAML), в частности Вугар Мамедов, вице-президент Всемирной ассоциации медицинского права, вице-президент Европейской ассоциации здравоохранительного права (EAHL), руководитель Азербайджанского бюро кафедры ЮНЕСКО по биоэтике, имеющие многолетний практический опыт правового сопровождения медицинской деятельности.

В научно-практическую программу конгресса были включены проблемы и перспективы развития медицинского права в современных условиях, правовые аспекты обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в сфере здравоохранения, проблемы непрерывного медицинского образования и аккредитации врачей.

Формат конгресса представлял собой проведение пленарного заседания и правовых симпозиумов с возможностью получить индивидуальные консультации ведущих российских и международных экспертов.

В рамках конгресса прошли также ежегодные ноябрьские чтения – VI Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)», где были рассмотрены наиболее важные вопросы экспертной и судебной практики по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи, а также проблемы экспертно-правовой оценки обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в современной системе здравоохранения.

Необходимо отметить, что исторический I Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву прошел в Москве в 2003 году. За эти годы была сформирована научно-практическая платформа, позволяющая объединить усилия различных представителей медицинского, юридического, экспертного сообщества, а также органов государственной власти, осуществляющих управление в сфере здравоохранения для коллегиального обсуждения проблем в сфере правового обеспечения медицинской деятельности с выработкой практических решений по данным вопросам. Прошедшие конгрессы стали фундаментальной основой становления правовой медицины и развития медицинского права в Российской Федерации.

Проводимые с 2003 года федеральные научно – практические форумы (Всероссийские съезды, конгрессы и конференции), главной целью которых было и остается объединение специалистов для коллегиального обозначения и совместного решения важнейших проблем, сыграли исключительно важную роль в становлении медицинского права в Российской Федерации.

За эти годы была сформирована площадка для поддержки научной, образовательной и практической деятельности, позволяющая объединить усилия различных представителей медицинского и юридического сообщества, способствующая развитию фундаментального становления в Российской Федерации правовой медицины.

Приглашаем Вас принимать участие в научно-практических мероприятиях и присоединиться к сообществу профессионалов!

РАЗДЕЛ I.

ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бобровская О.Н.

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проведение реформ в системе здравоохранения затрагивает интересы государства и общества, широких масс и отдельных индивидов, нередко вызывая споры о методах и средствах достижения планируемых результатов. Вместе с тем, такие изменения всегда направлены на позитивные цели, связанные с улучшением организационного и правового механизма обеспечения качества и доступности оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *качество и доступность медицинской помощи, реформа здравоохранения.*

Olga N. Bobrovskaya

LEGAL AND ORGANIZATIONAL PROBLEMS OF ENSURING THE QUALITY AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE DURING THE PERIOD OF REFORMS

The implementation of reforms in the health care system affects the interests of the state and society, the broad masses and individuals, often causing controversy about the methods and means that are necessary to achieve the planned results. At the same time, such changes are always aimed at positive goals related to the improvement of the organizational and legal mechanism for ensuring the quality and availability of medical care.

Key words: *quality and accessibility of health care, health care reform.*

Обратимся к Постановлению Правительства РФ от 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» [1].

В соответствии с документом, первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами и врачами общей практики, а в некоторых случаях фельдшерами и медицинскими сестрами, амбулаторно или в условиях дневного стационара.

По сути это означает, что врачи первичного звена должны быть в состоянии произвести оценку, диагностику и лечение па-

циентов, в полном объеме, за исключением случаев, требующих консультации специалистов, – амбулаторно, на уровне поликлиник и ФАПов, что потребует увеличения количества этих специалистов и возрастания их нагрузки.

Именно поэтому, одной из вех реформы здравоохранения стало объединение ряда больничных учреждений в одну укрупненную группу стационаров, с сокращением числа коек и времени пребывания пациентов на них.

Эти преобразования должны были способствовать задачам достижения сохранения и улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи, по заранее определенным критериям, наиболее важными из которых, на наш взгляд, следует считать:

- удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
- смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
- обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Представляется, что перечисленные критерии должны находить отражение в объективных и, в том числе, статистических данных Росстата и Минздрава. Вместе с тем, такие данные нередко заставляют задуматься о том, все ли задачи реформы были решены так, как предполагалось. Обратимся к официальным данным по посещаемости населения амбулаторных медицинских организаций в 2015-2016 годах [2].

Из таблицы следует, что количество посещений амбулаторных организаций не только не увеличилось, а лишь уменьшилось. За 2016 год такое уменьшение наблюдается в целом, по всей стране и отдельным регионам, в частности. По городу Москве эти показатели весьма тревожны, и свидетельствуют, скорее, о проблемах доступности медицинской помощи, нежели о показателях ее качества.

Таблица 1.

Посещаемость населением амбулаторных медицинских организаций в 2015-2016 годах

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Среднее число посещений на одного жителя в год					
	Всего		из них			
			по поводу заболевания		профилактические	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Российская Федерация	**8,8**	**8,4**	**5,2**	**5,6**	**2,8**	**2,8**
Центральный федеральный округ	**9,3**	**8,4**	**5,8**	**5,8**	**2,7**	**2,6**
Белгородская область	9,3	9,0	4,7	5,5	3,5	3,5
Владимирская область	8,7	8,5	5,7	6,3	2,1	2,2
Ивановская область	9,9	9,2	5,8	6,3	3,1	2,9
Калужская область	8,1	7,9	4,8	5,5	2,3	2,4
Костромская область	10,6	8,5	5,0	5,8	2,8	2,8
Липецкая область	7,8	7,6	4,3	4,8	2,7	2,7
Московская область	8,5	7,8	5,2	5,3	2,3	2,4
Орловская область	8,6	8,2	5,4	5,7	2,4	2,5
Рязанская область	8,7	8,3	5,2	5,6	2,8	2,7
Тамбовская область	9,0	8,9	5,4	5,8	3,0	3,1
Москва	**10,8**	**8,5**	**7,2**	**6,1**	**2,8**	**2,4**
Санкт-Петербург	**9,3**	**9,3**	**6,5**	**7,0**	**2,2**	**2,3**

Очевидно, что такое уменьшение связано не с общим оздоровлением общества, а с несовершенством новой системы доступа к врачам-специалистам, через направление от врачей первичного звена, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ №543н) [3].

Например, в городе Москве в соответствии с Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2012 года №1470 «Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу» [4], – самостоятельно, через электронный портал можно записаться лишь к нескольким врачам специалистам, помимо терапевта и врача общей практики: хирургу, офтальмологу, урологу и оториноларингологу. При этом время ожидания приема по записи не должно превышать 7 рабочих дней.

Кроме того, исходя из нормативов времени, которое требуется врачу специалисту на оказание медицинской помощи пациенту за одно посещение поликлиники [5], запись на прием к терапевту осуществляется через каждые 15 минут в течение времени приема; врача офтальмолога – через каждые 14 минут; врача общей практики – через каждые 18 минут.

Несмотря на комментарий Министерства здравоохранения о том, что временные нормативы на прием врача адресованы не пациентам, а связаны с методикой расчетов временных затрат трудовой эффективности врача, достаточно зайти в систему ЕМИАС, чтобы убедиться в обратном.

Более того, пациенты также заинтересованы в приеме по времени, указанном в талоне, поскольку только так можно спланировать часы посещения врача, не проводя в поликлинике полдня.

Такая ситуация не осталась без внимания и со стороны президента Путина, который отметил, что долгое время ожидания приема пациентами бесплатной медицины является прямым нарушением закона [6].

Поскольку структура поликлиники и штатная численность врачей специалистов устанавливаются главным врачом поликлиники или руководителем медицинской организации, в структуру которой она входит, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и с учетом рекомендуемых штатных нормативов, нередко, некоторых врачей специалистов в поликлиниках нет годами (например, ортопедов в Москве).

Да и сама постановка вопроса п. 10 указанного Приказа №543н, о направлении в стационар лишь при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и (или) при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям, говорит о длительном периоде ожидания пациента и вероятности возникновения тяжелого состояния течения болезни.

Специалисты-практики подтверждают эти опасения. Так, по словам председателя Московского городского научного общества терапевтов П. Воробьева, уменьшение числа посещений свидетельствует о низкой доступности медицинской помощи населению. Ожидание приема к врачу-специалисту по направлению от терапевта приводит либо к отказу от посещения поликлиники, либо к переходу в платную клинику [7].

Эксперты фонда независимого мониторинга «Здоровье» отмечают в своих докладах сокращение числа амбулаторных посещений в 2016 году по сравнению с 2015 годом на 47 млн. Кроме того, снижение посещаемости поликлиник отмечается год от года, начиная с 2014 года. В 2016 году поликлинику посетили 1,204 млрд. раз, в 2015-м – 1,251 млрд., в 2014-м – 1,291 млрд. [8]. Можно ли в этом случае говорить об удовлетворенности населения медицинской помощью?

Однако, Минздрав, давая оценку этим фактам, счел, что общее сокращение количества посещений поликлиник является свидетельством достижения проводимых реформ, поскольку такие посещения были связаны с необходимостью получения справок и иных документов, которые теперь выдаются за одно посещение врача.

Возвращаясь к обозначенным выше критериям качества и доступности медицинской помощи следует подчеркнуть, что по данным представленным Росстатом, количество смертей за последний отчетный период также значительно увеличилось [9].

Так, только с января по май 2017 года смертность в России составила без малого 800 тысяч человек. При этом по данным за 2016 год, умерло 41,6 тысячи человек. Даже при условии включения в эти показатели общую долю старения общества и недостаточность количества рождений, демографы отмечают превышение смертности над рождаемостью в 1,2 раза, что не может не быть зависимо от того, насколько своевременно и в каком объеме оказывалась населению медицинская помощь.

Всего, по состоянию на 1 июня 2017 года численность населения России составила 146,8 млн. человек, что на 31,1 тысячи человек (то есть на 0,02%) меньше, чем в начале года [10].

Эксперты фонда независимого мониторинга «Здоровье» отмечали, что в целом, по стране наблюдается тенденция к снижению числа госпитализированных пациентов и возрастанию случаев смертности в стационарах. Причиной роста смертности видится специалистам в сокращении коечного фонда в стационарах, поскольку пациентов негде разместить: с 2013 года сокращено более 100 тыс. коек; за 2015 год сокращено 41 тыс.

Кроме того, отмечалось также сокращение числа госпитализированных с 31,2 млн. человек в 2014 году до 30,4 млн. человек в 2015, а также увеличение числа умерших в стационарах: 495 тыс. случаев за 2014 год и 519 тыс. случаев летальности за 2015 год [11].

При этом для расчетов количества коечного фонда введен и действует подзаконный акт [12], согласно которому для населенного пункта с численностью населения 1 000 000 человек при средней длительности лечения пациента на койке, равного 10,1 дня, необходимо 635 коек терапевтического профиля. И если при объективных показателях, койка стационара остается невостребованной, ее необходимо сократить, высвободившийся персонал перевести в амбулаторное звено и оказывать помощь там, где в этом возникает существенная необходимость, то есть непосредственно по месту жительства пациентов.

Тогда и третий критерий – обеспеченность населения врачами будет не отчетной позицией докладов, а важной составляющей медицинской помощи. В этой связи к новеллам Минздрава России нельзя подходить с единственной меркой: если койка сокращается, – это создает проблемы. Это решает также вопросы организации рабочих мест врачей; развитие широкой сети амбулаторных организаций; возможности выбора амбулаторной организации и врача для пациентов и многие другие составляющие изменений, результат которых, очевидно, отразится позднее.

Список литературы:

1. *Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»// http://government.ru/docs/25957/*
2. *https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskaya-informatsiya-minzdrava-rossii(выдержки)*
3. *Приказ МЗ РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»// Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 24 декабря 2012 г. №52*
4. *Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2012 года №1470 «Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу»// http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=158797&dst=100001/#0*
5. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. №290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога»// Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 2 ноября 2015 г. №44*
6. *Подробнее на РБК: http://www.rbc.ru/rbcfreenews/59b0f2b69a794784ae73eb09*
7. *http://www.rbc.ru/society/07/09/2017/59ae2dfa9a79475430feca8f*
8. *Там-же*
9. *http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/info/oper-06-2017.pdf*
10. *Подробности: https://regnum.ru/news/2303073.html*
11. *Рост смертности в больницах в Минздраве не отрицают, но он не связан с сокращением госпитализаций, заявили РБК в пресс-службе ведомства.*
12. *Подробнее на РБК: http://www.rbc.ru/politics/21/10/2016/5808ef929a79471023e8b70f?from=materials_on_subject*
13. *Приказ Минздрава России от 08.06.2016 №358*
14. *«Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и*

муниципальной системы здравоохранения»// http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=200171&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.7970290702888165#0.

Об авторе:

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

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

© Бобровская О.Н., 2017

Булычева Л.В., Закурдаева А.Ю., Дежурный Л.И., Салагай О.О., Щетинин С.В.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Предметом проведенного исследования является совокупность нормативно-правовых актов, регулирующих общественные отношения в сфере обучения по программам первой помощи. Авторы рассматривают вопросы, связанные с утверждением примерных программ по обучению навыкам первой помощи. Особое внимание уделено вопросу законодательно установленных квалификационных требований к лицам, которые имеют право обучать навыкам оказания первой помощи, а именно правовой проблеме, связанной с трак-товкой таких требований. В результате проведенного анализа выделены требования, предъявляемые к лицам обучающим навыкам первой помощи. Сформулированные в статье выводы позволят в дальнейшем образовательным организациям выявить нарушения норм законодательства и должным образом организовать обучения навыкам оказания первой помощи. В рамках проведенного исследования также указываются на некоторые пробелы в нормативно-правовом регулировании и предложены возможные пути их восполнения.

Ключевые слова: *первая помощь, дополнительное образование, педагогический работник, квалификационные требования, единый квалификационный справочник, профессиональные стандарты.*

Bulycheva L.V., Zakurdaeva A.Y., Dezhurnii L.I., Salagay O.O., Shchetinin S.V.

ORGANIZATION AND LEGAL ISSUES TRAINING IN FIRST AID

The subject of the research is the complex of normative-legal acts regulating public relations in the sphere of training on first aid. The authors examine the issues relating to the establishment of exemplary programs for teaching skills and first aid. Special attention is paid to the question of the statutory qualification requirements for persons entitled to teach the skills of first aid, namely legal issue related to the interpretation of such requirements. In the result of the analysis of allocated requirements to persons learning skills and first aid. Set forth in article insights will enable educational organizations to identify violations of law and to duly organize training in first aid. The study also identifies some gaps in the legal regulation and possible ways to fill them.

Key words: *first aid, additional education, pedagogical worker, qualification criteria, a single qualification handbook, professional standards.*

Согласно имеющимся научным данным не менее 65% пострадавших в ДТП нуждаются в проведении неотложных меропри-

ятий, относящихся к первой помощи [1]. При этом около 25% пострадавших имели бы шанс выжить, если бы им была своевременно оказана первая помощь [2]. В то же время оказывают первую помощь до приезда бригады скорой помощи только в 1,6% случаев [22]. Данный факт свидетельствует не об отсутствии у людей желания помочь пострадавшим, но, прежде всего, об отсутствиии у них навыков первой помощи и естественном страхе навредить. Наряду с очевидцами, оказание помощи со стороны которых носит исключительно добровольный характер, законодательством установлен круг лиц, обязанных оказывать первую помощь (сотрудники органов внутренних дел, военнослужащие и работники противопожарной службы и др.) [19].

Несмотря на то, что вопрос обучения первой помощи имеет критически важное значение для повышения выживаемости в чрезвычайных происшествиях, а также для определения целого ряда их правовых последствий, до настоящего времени как в организационном, так и в правовом плане не определено, кто и каким образом может осуществлять такое обучение. Целью настоящей работы стало восполнение данного пробела в правовом понимании норм действующего законодательства, а также выработка предложений по его совершенствованию.

В соответствии со ст. 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [19] (далее – Закон об основах охраны здоровья граждан) первая помощь оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью и предшествует оказанию медицинской помощи.

Критерии по подготовке лиц, имеющих право оказывать первую помощь, устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти посредством утверждения в установленном законом порядке примерных программ учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи (ч. 3 ст.31 Закона об основах охраны здоровья граждан) [19]. Законодательством не утвержден перечень уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, которые имеют право разрабатывать примерные программы по первой помощи, а также отсутствует порядок утверждения таких программ.

Проведенный нами анализ имеющихся в свободном доступе программ показал, что в случаях, когда примерные программы подготовки по первой помощи в немедицинских сферах общественных отношений разрабатываются без участия Минздрава России или ведущих экспертных учреждений соответствующего профиля, они часто не соответствуют базовым нормативным актам – Закону об основах охраны здоровья граждан, приказу Минздравсоцразвития России от 4 мая 2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (далее – Приказ Минздравсоцразвития России №477н) [10], а также иным принципиально важным документам. Приводя примеры, можно отметить программу обучения первой помощи, входящую в «ГОСТ 12.0.004-2015. Межгосударственный стандарт. Система стандартов безопасности труда. Организация обучения безопасности труда. Общие положения» [16], как не соответствующую требованиям, а утвержденные Минобрнауки России по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2013 г. в соотвествии с постановлением Правительства РФ [7] примерные программы по профессиональному обучению водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий [12] – как соответствующие.

Разноплановые программы первой помощи не только способны уменьшить вероятность корректных действий участников происшествия, но также могут косвенно влиять на другие документы в этой области, являясь отрицательным образцом. В целях недопущения такого негативного сценария представляется наиболее правильным во исполнение п. 3 ст. 31. Закона об основах охраны здоровья граждан [19] принять типовую программу учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи. Такая примерная программа подготовлена и обсуждена межведомственной рабочей группой по совершенствованию оказания первой помощи [11] и профессиональным сообществом в сфере первой помощи на электронном ресурсе «Все о первой

помощи» [17] и в целом готова к утверждению. В дополнение к типовой программе следует также сформулировать правила составления специализированных (рабочих) программ по первой помощи (в качестве рекомендаций или нормативного правового акта, принятого в установленном порядке). При этом координация процесса подготовки и последующего утверждения специализированных (рабочих) программ по первой помощи могла бы быть поручена единому методического центру.

С вопросом о программе подготовки по первой помощи тесно связан вопрос о том, кто вправе такую подготовку осуществлять. Законодательством прямо не установлены квалификационные требования к лицам, которые обучают навыкам оказания первой помощи и подтверждают у обучающихся наличие / отсутствие соответствующей подготовки.

Из содержания Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [20] (далее – Закон об образовании) следует, что одним из видов реализации программ по оказанию первой помощи является дополнительное образование, которое в свою очередь осуществляется по двум направлениям:

1. дополнительные общеразвивающие программы в рамках дополнительного образование для детей и взрослых. К освоению таких программ по общему правилу допускаются любые лица без предъявления требований к уровню образования (ст. 75 Закона об образовании) [20]. Например, лица по собственной инициативе осваивающие программы по оказанию первой помощи (ч. 4 ст. 31 Закон об основах охраны здоровья граждан) [19].
2. дополнительные профессиональные программы в рамках дополнительного профессионального образования. К освоению этих программ допускаются лица, имеющие или получающие среднее профессиональное и (или) высшее образование (ст. 76 Закона об образовании) [20]. Прежде всего, речь идет о лицах, которые в силу закона (ч. 4 ст. 31 Закон об основах охраны здоровья граждан) [19] обязаны иметь соответствующую подготовку по оказанию первой помощи.

В свою очередь, дополнительные образовательные программы – программы по оказанию первой помощи – могут реализовываться исключительно организациями, осуществляющими образовательную деятельность (ч. 3 ст. 23 Закона об образовании) [20] и соответствено обучение должно производиться педагогическими работниками (ч. 21 ст. 2 Закона об образовании) [20].

Трудовой кодекс Российской Федерации и Закон об образовании предъявляют к педагогическим работникам требования, которые формально можно разделить на две группы: общие и квалификационные.

К общим требования следует отнести: прохождение медицинского осмотра (ст. 69 ТК РФ [18] и п. 9 ч. 1 ст. 48 Закона об образовании [20]), обучение по охране труда (организация обучения работника по охране труда возложена на работодателя) (ст. 225 ТК РФ [18]); отсутствие запрета на право заниматься педагогической деятельностью (абз. 3 ст. 331 ТК РФ [18]); отсутствие судимости по установленным категориям преступлений (абз. 4 и 5 ст. 331 ТК РФ [18]); отсутствие заболеваний, предусмотренных перечнем, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области здравоохранения (абз.7 ст. 331ТК РФ [18]).

В рамках квалификационных требований к педагогическим работникам установлены требования по наличию среднего профессионального или высшего образования и соответствие квалификационным требованиям, указанным в квалификационных справочниках, и (или) профессиональным стандартам (ст. 46 Закона об образовании [20]). Таким образом, наименование должности должно соответствовать квалификационным требованиям (абз. 9 ст. 57 ТК РФ [18]).

При анализе нормативно-правовых актов, указанных в ст. 46 Закона об образовании [20], можно выделить следующие должности педагогических работников, которые по должностным обязанностям можно соотнести с лицами, обучающими по программе оказания первой помощи:

1. Должность преподователя. Должность указана в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей,

специалистов и служащих в разделе «Квалификационные характеристики должностей работников образования» [8] (далее – ЕКСД от 2010 г.) и Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» [9], (далее – ЕКСД от 2011 г.).

К должности преподавателя в ЕКДС от 2010 г. в разделе «Требования к квалификации» указываются следующие требования: высшее профессиональное образование или среднее профессиональное образование по направлению подготовки «Образование и педагогика» или в области, соответствующей преподаваемому предмету, без предъявления требований к стажу работы, либо высшее профессиональное образование или среднее профессиональное образование и дополнительное профессиональное образование по направлению деятельности в образовательном учреждении без предъявления требований к стажу работы.

Вместе с тем п. 9 ЕКСД от 2010 г. [8] предусматривает возможность (в порядке исключения) назначить на должность преподавателя лицо, которое не соотвествует указанным выше требованиям к квалификациио. Такое лицо должно обладать достаточным практическим опытом и компетентностью, а также получить положительное решение о назначении аттестационной комиссии образовательной организации [13]. Аналогичную позицию высказало Министерство образования и науки РФ в 2014 г. [4].

В ЕКСД от 2011 г. должность преподавателя значится среди должностей профессорско-преподавательского состава, со следующими требованиями к квалификации: высшее профессиональное образование и стаж работы в образовательном учреждении не менее 1 года, при наличии послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура, адъюнктура) или ученой степени кандидата наук – без предъявления требований к стажу работы.

2. Педагог дополнительного образования детей и взрослых [14] (далее – педагог ДО). Должность указана в профессиональном стандарте. К данной должности предъявляются следующие

требования в части образования: наличие среднее профессиональное образование или высшее образование, направленность (профиль) которого, как правило, соответствует направленности преподаваемому учебному курсу, дисциплине (модулю), а также дополнительное профессиональное образование – профессиональная переподготовка, направленность (профиль) которой соответствует направленности преподаваемому учебному курсу, дисциплине (модулю).

3. Педагог профессионального обучения, профессионального образования и дополнительного профессионального образования [15] (далее – педагог ПО). Должность указана в профессиональном стандарте. К данной должности предъявляются аналогичные требования, как и по должности педагога дополнительного образования, за исключением дополнительного профессионального образования, которое должно осваиваться лицом на базе среднего профессионального образования (программ подготовки специалистов среднего звена) или высшего образования (бакалавриата). По должностям педагога ДО и педагога ПО необходимо наличие педагогического образования – дополнительное профессиональное образование в области профессионального образования и (или) профессионального обучения, которое может быть освоено после трудоустройства.

Важно отметить, что в профессиональных стандартах в качестве иных возможных наименований должностей педагога ДО и педагога ПО допускается указывать должность преподавателя.

Принимая во внимание ст. 195.3 ТК РФ [18], которая с 1 июня 2016 года [21] устанивливает обязатльный порядок применения профессиональных стандартов (в части квалификации) для педагогических работников, а также планируемую замену единых квалификационных справочников профессиональными стандартами [5], то представляется затруднительным соответствие лица, обучающего навыкам первой помощи, законодательно установленным квалификационным требованиям, в части направленности (профиля) преподоваемого предмета, курса, дисциплины (модуля).

Сегодня среднеспециальные и высшие учебные заведения не занимаются подготовкой специалистов по напрвленности (профелю) – преподавания первой помощи. Практика показывает, что кадровый вопрос преподавания первой помощи зачастую решается приемом на работу лица, которое имеет медицинское образование. Однако формально первая помощь – это особый вид помощи, отличный от медицинской (ст. ст. 29, 31 Закона об основах охраны здоровья граждан [19]), и соответственно между медицинским образованием и направленностью по преподаванию первой помощи нельзя поставить знак равенства.

Напомним, что ст. 46 Закона об образовании [20] позволяет сегодня работодателю выбрать для применения в работе единый квалификационный справочник и/или профессиональный стандарт. Таким образом, должность лица, обучающего по программам оказания первой помощи может быть поименована как преподаватель, педагог ДО и педагог ПО с предъявлением к ним соответствующих квалификационных требований.

На наш взгляд, для наименования должности педагогического работника, обучающего по программам учебного курса, предмета, дисциплины по оказанию первой помощи, наиболее перспективной для применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, будет являться должность преподавателя, с учетом применения квалификационных требований, указанных в профессиональных стандартах.

Во-первых, применительно к данной должности профессиональные стандарты устанавливают более высокие требования к квалификации (в части образования). Соблюдение данных требований, по нашему мнению, обеспечит готовность преподавателя к качественному и эффективному обучению правилам оказания первой помощи.

Во-вторых, это дополнительно обеспечит употребление единых терминов в гражданском законодательстве по сходным правоотношениям. Так, например, термен «преподаватель» применяется в нормативно-правовых актах, регулирующих вопросы обучения охране труда (в том числе обучение приемам оказания первой помощи) [6]. В разъяснениях Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России от 31.05.2017 [3] также отражена аналогичная позиция по данному вопросу: обучение по программам первой помощи должно производиться преподавателями.

Изложенное позволяет сформулировать несколько выводов.

В настоящее время общественные отношения в сфере дополнительного образования по вопросу обучения по программам первой помощи в своем большинстве регулируются общими нормами права. При этом некоторые вопросы требуют наличия специальных правовых норм и разъяснений властных субъектов о специфике применения общих норм в рамках данной сферы правоотношений.

Анализ общих норм позволяет сформировать единые квалификационные требования, предъявляемые к лицам, которые обучают навыкам оказания первой помощи (перечислены выше в статье). Вместе с тем действующее законодательство не отражает всю специфику подготовки лиц, преподающих по программам «первая помощь», что зачастую порождает в образовательных учреждениях собственный перечнь требований, не соответствующий законодательству.

Часть обозначенных вопросов могла бы быть решена утверждением примерной программы обучения первой помощи. Последующее утверждение специализированных (рабочих) программ представляется целесообразным осуществлять при курации единого методического центра.

Список литературы:

1. *Лысенко К.И. Медико-организационные мероприятия первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях: дис. ...д-ра. мед. наук / К.И. Лысенко. М., 2011. 336 с.*
2. *Оценка потенциальной эффективности мероприятий перовой помощи для поддержания жизни пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (в рамках проекта по безопасности дорожного движения в 10 странах – RS10) / Л.И. Дежурный, Г.В. Неудахин, Е.Д Юрасова и др. // Социальные аспекты здоровья населения», 2015. №2.*
3. *Письмо директора ФБГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России от 31.05.2017г №7-5/501 // Размещено на сайте «Все о первой помощи» // http://allfirstaid.ru/node/861 (дата обращения 27.12.2017 г.)*

4. *Письмо Министерства образования и науки РФ от 11 сентября 2014 г. N АК-2925/06 «О реализации примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств» // СПС Гарант.*
5. *Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 4 апреля 2016 г. N 14-0/10/В-2253 // журнал «Солидарность» / 2016. 13-20 апреля. №15.*
6. *Постановление Минтруда РФ и Минобразования РФ от 13 января 2003 г. N 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций» // Российская газета. 200. 22 февраля. №35.*
7. *Постановление Правительства РФ от 01 ноября 2013 N 980 «Об утверждении Правил разработки примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий» // Собрание законодательства РФ. 2013. 11 ноября. №45. Ст. 5816.*
8. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. N 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования» // Российская газета. 2010.20 октября.. №237.*
9. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 января 2011 г. №1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования // Российская газета. 2011. 13 мая 2011. №101.*
10. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 мая 2012 г. №477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» // Российская газета. 2012. 23 мая №115.*
11. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 января 2013 г. N 30 «О межведомственной рабочей группе по совершенствованию оказания первой помощи в Российской Федерации» // Размещено на сайте «Все о первой помощи» // http://allfirstaid.ru/doc/Prikaz_MZ_RG_28_01_2013_30.pdf дата обращения 31.08.2017 г.*
12. *Приказ Министерства образования и науки РФ от 26 декабря 2013 г. №1408 «Об утверждении примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий» // Российская газета от 1 августа 2014 г. №172/1 (специальный выпуск).*

13. *Приказа Министерства образования и науки РФ от 7 апреля 2014 г. №276 «Об утверждении Порядка проведения аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность» // Российская газета.2014. 4 июня. №124 (см. пункт 23).*
14. *Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 8 сентября 2015 г. N 613н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог дополнительного образования детей и взрослых» // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru). 2015. 28 сентября.*
15. *Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 8 сентября 2015 г. №608н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог профессионального обучения, профессионального образования и дополнительного профессионального образования» // Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru). 2015. 28 сентября.*
16. *Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 9 июня 2016 г. №600-ст «О введения в действие межгосударственного стандарта» // Текст приказа официально опубликован не был. СПС Гарант.*
17. *Проект примерной программы учебного курса, предмета, дисциплины по оказанию первой помощи // Размещено на сайте «Все о первой помощи» // http://allfirstaid.ru/node/862 дата обращения 27.12.2017 г.*
18. *Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. №197-ФЗ // Российская газета. 2011. 31 декабря. №256.*
19. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября. №263.*
20. *Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Российская газета // 2012. 31 декабря. №303.*
21. *Федеральный закон от 2 мая 2015 г. №122-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статьи 11 и 73 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» // Российская газета. 2015. 6 мая. №95.*
22. *Халмуратов А.М. Оказание первой помощи при травмах и неотложных состояниях – важный фактор предотвращения преждевременной смертности в России // Менеджер здравоохранения. 2008. №2. С. 41-44.*

Об авторах:

Булычева Людмила Валерьевна – преподаватель кафедры биомедицинского права ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, (г. Москва), главный специалист по правовому обеспечению деятельности РОССОЮЗСПАС (г. Москва), e-mail: pravo@ruor.org

Закурдаева Алина Юрьевна – кандидат юридических наук, юрисконсульт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, e-mail: a.zakurdaeva@mail.ru

Дежурный Леонид Игоревич – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, e-mail: dl6581111@gmail.com

Салагай Олег Олегович – кандидат медицинских наук, директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России, Москва, e-mail: oleg.salagay@gmail.com

Щетинин Сергей Викторович – заслуженный спасатель России, Председатель Высшего совета РОССОЮЗСПАС (г. Москва), Первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по делам молодежи, развитию добровольчества и патриотическому воспитанию, Москва, e-mail: info@ruor.org

Bulycheva Lyudmila Valerevna – Lecturer of the Department of biomedical law of the Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow), chief specialist of legal support activities All-Russian nongovernment organization «Russian union of Rescuers» (Moscow)

Zakurdaeva Alina Yuryevna – candidate of jurisprudence, lawyer of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Dezhurnii Leonid Igorevich – doctor of medical Sciences, leading research fellow of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Salagay Oleg Olegovich – the candidate of medical Sciences, Director of the Department of public health and communications Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Shchetinin Sergei Viktorovich – honoured rescuer of Russia, Chairman of the Supreme Council of the All-Russian nongovernment organization «Russian union of Rescuers» (Moscow), First Deputy Chairman of the Commission of Public chamber of the Russian Federation on youth Affairs, development of volunteerism and Patriotic education, Moscow

© Булычева Л.В., Закурдаева А.Ю., Дежурный Л.И., Салагай О.О., Щетинин С.В., 2017

Генриет Роскам Эббинг

МЕЖДУНАРОДНЫЕ / ЕВРОПЕЙСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРАВ ПАЦИЕНТА И ОБЯЗАННОСТЕЙ ВРАЧА: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ

Статья посвящена анализу правового статуса врача и пациента. Права пациентов являются продолжением основных прав человека в сфере здравоохранения (социальных и индивидуальных). Инструментом защиты прав пациента является Конвенция Совета Европы о правах человека и биомедицине. Пациенты должны доверять врачам, врачи должны доверять пациентам. В настоящее время основными проблемами для врачей и пациентов являются: высокие цены на медикаменты, фальсификация медицинских изделий, уход за пожилыми людьми, запись беседы доктора с пациентом, обязанности пациентов.

Ключевые слова: *права пациентов, социальный и индивидуальный, правоотношения врач-пациент, доверие, современнные проблемы.*

Henriette D.C. Roscam Abbing

INTERNATONAL / EUROPEAN PERPECTIVES OF THE RIGHTS OF THE PATIENT AND RESPONSIBITLITIES OF DOCTORS: MAJOR PRINCIPLES AND CHALLENGES

Both the position of the medical doctor and of the patient are regulated to ensure high quality care. Patients rights are a reaffirmation of human rights in healthcare (social and individual). The Council of Europe Convention on Human Rights and Biomedicine is a patient rights instrument.

Patients should trust doctors, doctors should trust patients.

Present days challenges for doctors and patients include high price of medicaments, falsification of medical products, elderly care, advance care planning, recording dotor-patient interview, patients responsibilities.

Key words: *legislation patients rights, social and individual,trust doctor-patient relationship, present days challenges.*

Introduction

In 2014, the Standing Committee of European doctors, representing the national medical associations of 32 countries in Europe, insisted on professional autonomy i.e. the independence of physicians to provide healthcare in the best interest of the patient, as a right of the patient.

The European doctors organisation promotes a culture of patient safety and quality of care across healthcare systems; it pledges for medical research that respects ethical standards and protects patients participating in research.

In 2015, the World Medical Association reaffirmed its 1981 Declaration of Lisbon on the rights of the patient. This text is explicitly linked with intergovernmental legal human rights instruments of the United Nations and the Council of Europe.

Patients' rights (individual and social) are a reaffirmation of human rights in healthcare (dignity and integrity of the human being).

Individual rights of the patient are autonomy rights; they reflect a person's self-determination.

All patients have a fundamental right to privacy, to the confidentiality of their medical information/personal data, to consent to or to refuse treatment (= physical integrity), and to be informed about risks of medical procedures. But the doctor's duty to disclose has limits: the patient has also a right not to be informed about certain information at his/her explicit request. A relevant example is genetic information.

This right can only be overruled in situations of conflicting interest, for instance when the safety and health of other persons would be at serious and immidiate risk if information would be withheld from another person (as for instance in the case of HIV).

Social rights of the patient relate to the societal obligation of government and other public or private bodies to make necessary healthcare accessible to everyone: the right to have access to treatment and care of good quality.

Professional autonomy of doctors must ensure high quality healthcare and a patient safety culture accross healthcare systems, free from outside commercial influence.

In all European countries, the position of the medical doctor is regulated for the purpose of ensuring good quality care, and also for the protection of medical doctors themselves. There is no reason to regulate the position of doctors and not to regulate the position of the patient. This the more so where both parties must co-operate.

European patients' rights instruments

- WHO Declaration on the rights of the patient

The World Health Organization's European Office Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe of 1994 is the oldest comprehensive text that provides for a common European overall framework of patient rights.

Though non legally binding, the Declaration has greatly influenced medical and health care practices in Europe. It is noteworthy that the WHO Declaration has been explicitly recognized by the World Medical Assembly: The WMA 1995 version of the rights of the patient has been coordinated with the WHO Declaration.

The WHO Declaration was an answer to the repeated request by patients, doctors and hospitals, policy makers, university staff and students for a common European set of principles and approaches on the rights of the patient.

The Declaration was elaborated in close co-operation with national organisations of patients, doctors and hospitals. The wording of the Declaration is such that it makes it possible to sufficiently reflect different legal culture and traditions in the national systems.

This multi-dimensional co-operation was crucial for the success of the Declaration: it provides for a common European platform that corresponds to the common values to which European countries adhere.

The Declaration has proven its value, no matter the different moral, cultural, religious and philosophical convictions between European countries. It has greatly influenced medical and health care practices in Europe.

- Council of Europe Convention on Human Rights and Biomedicine

The Council of Europe Convention on Human Rights and Biomedicine of 1997 is a patient rights instrument, although its concerns are broader.

The standards of the Convention reflect the priority attached to the interests and welfare of the individual above the sole interest of science and society.

The combination in the Convention of the individual and social rights pertaining to health underlines the interrelationship between both categories. Advances in medical science and technology affect patients' rights in both dimensions.

As a patients' rights instrument the Convention has markedly influenced the development of the rights of the patient in many Council of Europe Member States. Principles contained in the Convention are further developed in additional protocols on topical issues:

- Prohibition of cloning of human beings;
- Transplantation of organs and tissues;
- Biomedical research;
- Genetic testing for health purposes.

And also through recommendations in specific fields, including those on xenotransplantation, on research on biological materials of human origin;

on training of health professions, on the implementation of good governance principles in health systems and the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder.

A Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations was also published.

The role of the Convention as a patient rights instrument is reinforced through the jurisprudence of the European Court of Human Rights.

The Council of Europe Convention on Human Rights and the European Social Charter at the same time remain relevant for the rights of the patient.

Importance of codification patients' rights

Codification of patients' rights is of paramount importance for a variety of reasons:

- Patients are central in healthcare.
- Patients voice and opinion should be heard.
- The patient is an autonomous agent with the right to make informed choices about his or her own medical treatment.
- The technology used in healthcare is increasingly complex and more intruding. The new technological developments constantly put patients' rights under pressure.
- The imperatives of health care management together with the drive for economic profit of health care institutions and professionals are at odds with the well-being of patients: a model based on a purely economic approach, on the logic of the market, ignores patients autonomy.

As indicated by the European Ombudsman (EU) in 2005 [1], respect for the patients' rights to be an autonomous person implies that the patient has the right to choose the balance in his or her relationship with the doctor between paternalism, information, advice, guidance and deliberation.

After all patients should trust doctors, but doctors should trust patients also.

A relation of trust requires a clear and protected position of partners. Regulation of patients' rights contributes to the good functioning of such relationships.

Formulating patients' rights strengthens the position of the patient in relation to healthcare providers (doctors, medical facilities (e.g. hospitals etc.) and the health care system as a whole; it brings the resp. positions more in balance.

Modern healthcare cannot function without doctors and patients being partners. Professional codes play only a limited role in the protection of

patients' rights. They are adopted by groups of healthcare providers who represent only one party involved in healthcare. Their legal status is weak. However, they create awareness among healthcare providers of their duties towards patients.

Agreements concluded between organisations of patients and healthcare providers are of a stronger legal nature. They represent a form of self-regulation and may have positive economic effects for healthcare.

Present days challenges

I now turn to some of present days challenges patients are faced with.:

Challenge 1: PRICE OF MEDICAMENTS

European countries have the sole responsibility to decide which drugs they reimburse, and at what price. The European Commission (EU) has exclusive responsibility for authorising medicinal products that are placed on the EU market. The price of new medicines, being set by Pharma, is becoming an excessive burden for health systems. The EU Parliament pleads for a new approach in order for national health systems to survive in the long run and for patients to be granted timely access to affordable medicines.

Pharma companies are one of the pillars of healthcare rather than a mere object of trade. «Insufficient access to essential medicinal products and high prices of innovative medicines pose a serious threat to the sustainability of national health care systems,» members of European Parliament said in a recent resolution, pointing out that drug prices are usually negotiated in secret bilateral talks between pharma firms and national governments [2].

Drug prices should cover the cost of development and production and be specific adapted to the situation of a country in which they are marketed.

More European cooperation and new policy measures are needed.

Prices should be in line with the therapeutic added value they bring to patients while ensuring patient access, sustainable healthcare and reward for innovation, the MEPs wrote.

In addition, MEPs highlighted the importance of enhancing transparency and increasing voluntary collaboration among member states in the field of pricing and reimbursement of medicinal products in order to «ensure the sustainability of healthcare systems and preserve the rights of European citizens to access quality healthcare».

For children a special Paediatric Regulation came into force in the European Union (EU) on 26 January 2007 [3]. Its objective is to improve the

health of children in Europe by facilitating the development and availability of medicines for children aged 0 to 17 years.

EU Regulation aims to ensure that medicines for use in children are of high quality, ethically researched and authorised appropriately; it aims also at improving the availability of information on the use of medicines for children.

These aims should be achieved without subjecting children to unnecessary trials or delaying the authorisation of medicines for use in adults.

For the elderly, EMA's geriatric medicines strategy, 2017 must ensure that the needs of older people are taken into account in the development and evaluation of new medicines.

Challenge 2: FALSIFICATION MEDICAL PRODUCTS

The Council of Europe has long been concerned about the absence of harmonised international legislation, non-deterrent sanctions that were not proportionate to the harm caused to patients, and the involvement of criminal organisations which operate across borders. Counterfeiting medical products and similar crimes threaten the right to life enshrined in the European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms (ECHR). Incidences of counterfeit medical products and similar crimes undermine public trust in healthcare systems and authorities' surveillance thereof. The Council of Europe Medicrime Convention aims at prosecuting the counterfeiting of medical products and similar crimes, protecting the rights of victims and promoting national and international co-operation [4]. The Convention provides a set of common and legally binding definitions for the falsification of medical products and similar crimes. The definitions stress the threat to public health posed by these criminal activities and provide a common legal framework for their prosecution.

Challenge 3: TRAFFICKING HUMAN ORGANS

Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs, 2015, calls on governments to establish as a criminal offence the illegal removal of human organs from living or deceased donors:

- where the removal is performed without the free, informed and specific consent of the living or deceased donor, or, in the case of the deceased donor, without the removal being authorised under its domestic law;
- where, in exchange for the removal of organs, the living donor, or a third party, receives a financial gain or comparable advantage;
- where in exchange for the removal of organs from a deceased donor, a third party receives a financial gain or comparable advantage.

The Convention also provides protection measures and compensation for victims, as well as prevention measures to ensure transparency and equitable access to transplantation services.

CHALLENGE 4: ELDERLY

Where children ought to be at the heart of social policies and action, the same should apply to the elderly. The 2014 recommendation [5] on the promotion of human rights of elder persons reaffirms their rights and recommends a range of measures to be taken by member states in order to combat discrimination based on old age and covers the major challenges facing older persons. They include non-discrimination; autonomy and participation; protection from violence and abuse; social protection and employment; care; and administration of justice.

CHALLENGE 5: ADVANCE CARE PLANNING

Advance care planning is a process where the medical professional and the patient reflect together on future (non) treatment, including a do not resuscitate decision, so that any patient can indicate to, and discuss with, family members/ care takers his/her preferences when incompetent resp. approaching end of life. This is done through so-called 'living wills' or the appointment of a substitute decision maker. Advance care planning allows one to express wishes of how to proceed with medical care when incompetent; such wishes should be pronounced when competent. Whenever possible, such an advance care planning should be updated at regular intervals so it really represents the patients' wishes .

With advance care planning patients who have lost capacity or the ability to communicate or both, so to say are able to continue to have a say in their medical care. Advance care planning preferably should be regulated by law and should be mentioned in the patient's file.

In my opinion advance care planning also includes the possibility of post mortem donation of organs.

The 2014 Guide on decisions making process regarding medical treatment in end of life situations by the Council of Europe provides for principles that can be applied to the decision-making process regarding medical treatment in specific end-of-life situations. The principles may be applied regardless of the distinct legal framework in each state. Aimed primarily to healthcare providers, it is also a useful source of information for other persons, like family-members.

CHALLENGE 6: RECORDING DOCTOR PATIENT INTERVIEW

For the patient to remember the interview with the medical doctor it is presently suggested to put the discussions on tape. This allows the patient to listen to it once back home.

In my opinion this possibility has advantages and disadvantages. A record of the discussion doctor-patient may be liable to misuse and abuse. On the other hand, it can help the patient in understanding resp. adherence to therapy. On the other hand, it might become evidence in a malpractice case. Here, general information sheets could be usefull.

CHALLENGE 7: PATIENTS RESPONSIBILITIES

Patients have rights, but also responsibilities, both to themselves for their own care and also towards healthcare providers. As I indicated already, new technological developments constantly put patients' rights under pressure.

European research has shown that patients who are involved in their treatment and whose rights are respected recover more quickly and stay shorter in hospitals.

Conclusions

Legislation of patients' rights is in the interest of patients, health professionals and health institutions.

Patients have not only rights. They also have responsibilities, both to themselves for their own self-care and also towards health care providers.

Articulation of patients' rights makes people more conscious of their responsibilities when receiving or providing healthcare.

As was stated in 1995 in the French Charter for hospital patients:

- A patient is not just someone who is sick, he is first and foremost a person with rights and duties.

Recognition and upholding of the rights of the patient:

- brings mutual trust in the doctor – patient relationship;
- leads to better medical results and therefore is also economic advantageous.

Medical professionality means: standards of responsible care/good practices, protocols and shared decision making, independent from outside commercial influences In a sphere of openness, and trust, in case something goes wrong, the patient will be less inclined to complain about their physician. A purely economic approach of healthcare, the logic of the market, ignores patient autonomy.

In health care the basic norms humanity, human rights and equity ought to be kept upright.

References:

1. *«Patients' rights in Europe today», Speech by the European Ombudsman, Professor P. Nikiforos Diamandouros, to the Second Hygeia – Harvard Medical International Conference – 'Preventive Medicine in the 21st Century', Athens, Greece 3 June 2005.*
2. *Saranyis Michalopoulos, Lawmakers warn EU pharma industry about drug pricing. EURACTIV.com, 2 February 2017. European Environment Committee non-legislative Resolution 31 Janauray 2017. The resolution underlined that pharma companies were one of the pillars of health care rather than «a mere object of trade». See European Parliament Resolution of 2 March 2017 on EU options for improving access to medicines (2016/2057/INI).*
3. *October 2017 the European Commission published a ten year report on implementation of the Pediatric Regulation.*
4. *Council of Europe Treaty series no 211, Moscow, 28-10-2011.*
5. *Recommendation 2014/2 on the promotion of human rights of older persons.*

Об авторе:

Генриет Роскам Эббинг – Профессор, Заслуженный профессор здравоохранительного права Университета Маастрихта и Университета Утрехта, Нидерланды

Henriette D.C. Roscam Abbing – Prof dr., Emeritus Professor of Health Law, Universities of Maastricht and Utrecht, Netherlands, Oosterpark 46, 1092 AN Amsterdam, e-mail: roscamabbing@zonnet.nl

© Henriette D.C. Roscam Abbing, 2017

Алия Еркайраткызы Даутбаева-Мухтарова

ПРАВОВОЙ СТАТУС ЭМБРИОНА

Статья посвящена анализу законодательства Республики Казахстан и зарубежных стран по вопросам определения правоспособности не рожденных детей и юридического закрепления момента возникновения права на жизнь у эмбриона.

Ключевые слова: *право на жизнь; право на здоровье; медицинское право.*

Aliya Erkayratkyzy Dautbayeva-Mukhtarova

LEGAL STATUS OF EMBRYON

The article is devoted to the analysis of the legislation of the Republic of Kazakhstan and foreign countries on the definition of the legal capacity of unborn children and the legal consolidation of the moment of the emergence of the right to life in the embryo.

Key words: *the right to life; the right to health; medical law.*

Конституция РК гласит, что «Права и свободы человека принадлежат каждому от рождения», то есть факт рождения человека определяет момент приобретения основных прав и свобод, в том числе права на жизнь. Но необходимо различать момент возникновения права на жизнь и момент возникновения самой жизни. Подобная норма демонстрирует чисто юридический подход в определении момента начала жизни, не учитывая медицинский аспект жизнеспособности плода в период беременности. И в этой связи возникает вопрос, с какого момента обеспечивается юридическая защита права на жизнь не рожденного ребенка, как наивысшего блага.

В первую очередь обратимся к международно-правовым актам, так ст. 6 Всеобщей декларации прав человека 1948 г. и ст. 16 Международного Пакта о гражданских и политических правах определяют, что: «Каждый человек, где бы он ни находился, имеет право на признание его правосубъектности». Речь идет о признании правосубъектности за каждым человеком, однако указанные документы не определяют, с какого момента наступает правовая охрана и защита данного права, а также отсутствует регламентация правового статуса эмбриона.

Подобное положение содержится и в Конвенции Содружества Независимых Государств о правах и основных свободах человека 1995 г., в ст. 23 которой содержится идентичное определение правосубъектности.

Примечательно, что в преамбуле Декларации прав ребенка 1959 г. закреплено: «Ребенок ввиду его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения».

Конвенции о правах ребенка 1989 г., в преамбуле содержит аналогичный подход, а также в ст. 6, дает определение «ребенка», которым «является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста», что косвенно можно толковать как обязанность по правовой защите эмбриона, так как начальный момент, с которого следует признавать человека ребёнком, не установлен.

Европейская конвенция о правах человека и биомедицине 1997 г. в ст. 18 прямо указывает об обеспечении правовой защиты эмбриона: «Если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах in vitro, он же должен предусматривать надлежащую защиту эмбриона».

Но особого внимания заслуживает Американская конвенция о правах человека 1969 г., которая в ст. 4 прямо закрепляет, что: «… право на жизнь охраняется законом, в целом – с момента зачатия».

Анализируя представленные положения можно прийти к выводу, что речь идет об обязанности по обеспечению надлежащей правовой защиты эмбриона, но никак о признании правоспособности плода до рождения.

Конституции многих государств закрепляют различные подходы в определении начала права на жизнь. К примеру, ст. 40 Конституции Ирландии, принятой в 1990 г., содержит четкие обязательства: «Государство признает право на жизнь не рожденного и, имея в виду равное право на жизнь матери, гарантирует в своих законах уважение и, насколько это возможно, защищает и поддерживает своими законами это право».

Конституция Словацкой Республики 1992 г. в ст. 15 определяет, что «Каждый имеет право на жизнь. Человеческая жизнь достойна охраны еще до рождения».

В Хартии основных прав и свобод 1991 г., являющаяся составной частью конституционной системы Чехии, в ст. 6 содержит идентичное определение.

Тем самым, в законодательных системах некоторых зарубежных стран существуют предпосылки для обеспечения права не рожденного ребенка на жизнь.

Таким образом, приходим к выводу, что в большей степени преобладает правило, что только после рождения человек приобретает все соответствующие права. Однако нельзя не брать во внимание и другие факты, такие как появление ребенка ранее положенного срока беременности или рождение мертвого.

Так, Кенни Кинг, родившаяся недоношенной, на сроке беременности 19 недель, при полном сроке 40 недель. Кенни весила всего 510 грамм при нормальном весе ребёнка 2,8-3 кг. [1].

Медицина давно шагнула далеко вперед и дети, родившиеся на сроке 21-22 недели, при оказании медицинской помощи можно спасти, а задачей права должно быть обеспечение должного правового регулирования возникших отношений.

Благодаря именно таким примерам, Всемирная организация здравоохранения разработала критерии живорождения. С 1 января 2008 г. Казахстан перешел к применению критериев живорождения и мертворождения, рекомендованных ВОЗ. «Всемирная организация здравоохранения рекомендует живорождение определять по наличию хотя бы одного из четырех признаков – дыхание, сердечная или мышечная деятельность, пульсирующая пуповина, а в статистику включать всех детей с массой тела не менее 500 граммов вне зависимости от того, живыми или мертвыми они родились» [2].

Вызывает сожаление то, что в Казахстане реальное нормативное закрепление этих стандартов состоялось только с принятием Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Наши бывшие критерии живорождения разительно отличались от критериев, рекомендованных ВОЗ. «Согласно критериям, принятым в Казахстане, живым считается ребенок, родившийся при сроке беременности не меньше 28 недель, массой не меньше килограмма, длиной тела 35 см и сделавший хотя бы один самостоятельный вдох» [2].

Тем самым, казахстанское законодательство, определял критерии живорождения исходя не из медицинских показателей, определяющих свойства жизни и жизнеспособности, а из формальных данных, не предоставляя шансов эмбриону на рождение.

Известны случаи появления здоровых детей при прекращении жизни самой матери. Так, в Уругвае будущая мать скончалась по пути в роддом. Благодаря искусственному поддержанию кровообращения через 45 минут после смерти родилась здоровая девочка [3].

В 2009 г. 41-летняя британка Джейн Солиман, экс-чемпионка Великобритании по фигурному катанию, родила дочь через два дня после того, как врачи официально зафиксировали у нее смерть мозга в результате кровоизлияния. В течение двух дней медики искусственно поддерживали сердцебиение умершей, чтобы извлечь из нее недоношенного ребенка. 9 января ее дочь вполне здоровой появилась на свет путем кесарева сечения [4].

1 марта 2012 г. Кристин Болден (Мичиган, Детройт), беременная двойней, в тяжелом состоянии попала в больницу, где спустя 5 дней у нее диагностировали смерть головного мозга. Врачами было принято решение спасти детей, что и было сделано через месяц искусственного поддержания жизненных параметров матери. Дети родились раньше срока, вес составлял менее 900 граммов, а длина около 15 сантиметров [5].

И совсем недавний пример, где 37-летняя Сандра Педро (Португалия) на четвертом месяце беременности пришла в больницу, жалуясь на пульсирующую головную боль, но уже через несколько часов, несмотря на все усилия медиков, специалистам пришлось диагностировать у Сандры смерть мозга, геморрагический инсульт. Осматривая тело, врачи поняли, что младенец всё еще жив, и они решили дать крохе шанс. Сандру подключили к аппаратам искусственной вентиляции легких, а питательные вещества и гормоны вводили ей внутривенно. Маленький Лоренцо родился в начале июня, спустя почти четыре месяца после того, как умерла Сандра. Ребенок появился на свет путем кесарева сечения. Мальчик провел в животе мертвой женщины 107 дней [6].

Приведенные примеры направлены на то, чтобы показать многообразие жизненных ситуаций, в которых может встать вопрос об обеспечении права на жизнь плода до рождения.

В юридической науке подобные примеры породили предложение о введении обязанности «медицинских работников поддерживать жизнедеятельность человеческого плода, находящегося в утробе погибшей матери, с учетом времени внутриутробного развития и других медицинских показаний и согласия супруга» [3]. Однако, учитывая достижения медицины в возможности выхаживания не родившихся детей, и при этом ставить возможность появления ребенка от согласия супруга погибшей матери по нашему мнению считается не совсем оправданным и не должно браться во внимание.

В законодательстве имеются положения о признании и возникновении правоспособности у человеческого плода еще задолго до его рождения, но только при условии его рождения живым.

Пункт 1 ст. 1044 Гражданского кодекса Казахстана предусматривает: «Наследниками по завещанию и закону могут быть граждане, находящиеся в живых в момент открытия наследства, а также зачатые при жизни наследодателя и родившиеся живыми после открытия наследства».

Однако применительно к наследованию по завещанию данная норма, на наш взгляд, носит декларативный характер. Это связано не с тем, что еще не родившийся ребенок впоследствии не сможет претендовать на наследство.

Также отсутствует практический механизм реализации данной нормы п. 1 ст. 1044 ГК РК в части наследования по завещанию зачатым, но не родившимся ребенком. Это подтверждает и законодательство, регламентирующее порядок удостоверения завещаний. В соответствии с п. 91 Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 31 января 2012 года №31 «Об утверждении Правил совершения нотариальных действий нотариусами»: «завещание составляется как в пользу одного или нескольких физических лиц, так и в пользу юридических лиц, а также в пользу государства». Понятно, что нотариусы, удостоверяя завещание, будут руководствоваться критериями физического лица, определенными в законодательстве. То есть, как минимум, будет требоваться указание имени физического лица, в пользу которого составляется завещание (ст. 15 ГК РК).

Не выработав полноценных правовых основ, направленных на обеспечение статуса эмбриона, законодатель предусмотрел нормы п. 1 ст. 1044 ГК РК на будущее, учитывая интересы не родившихся детей и только при условии рождения их живыми.

Более того, вызывает сомнение отношение законодателя к эмбриону одновременно как к объекту права, так и к субъекту правоотношения, предоставляя ему частичные права в области наследования.

Считаем, что требуется дальнейшее совершенствование правовых конструкций, определяющих момент возникновения права на жизнь у эмбриона и соответственно возникновении у него правоспособности, пусть и неполной, возможно относительно условной, с применением соответствующей правовой фикции о правоспособности, но только правоспособности, а никак не дееспособности. Таким образом, считаем более уместным использовать определение правоспособность в отношении не рождённого ребенка.

Вопросам защиты правоспособности не рожденного ребенка были предметом научного исследования многих диссертаций. Приведем, к примеру, некоторые из них: Н.И. Беседкина считает, что «юридическое отношение к статусу эмбрионов в нашей стране должно строиться на основе признания того факта, что эмбрион не часть организма матери, а начало новой жизни. Это и должно определять подходы к созданию соответствующего правового ее регулирования, отношение к абортам» [7].

Известный ученый, профессор А.И. Ковлер также высказывался по вопросу определения начала права на жизнь: «Современное право решительно определяет иной рубеж: жизнь человека начинается с оплодотворения яйцеклетки» [8].

В диссертационном исследовании О.Г. Селиховой: «Период внутриутробного развития человека есть ранний период его биологической жизни. Пребывая в материнской утробе в состоянии эмбриона, он телесно самостоятелен, так как не является частью

организма своего носителя и способен к саморазвитию: ведь происходящие в нем жизненные процессы выступают в качестве внутреннего движителя его развития. Тело матери представляется только идеальной средой развития эмбриона, обеспечивающей его питанием, охраной… С рождением начинается второй этап биологического существования человека, а точнее, этап пребывания его организма в социальной среде. Это свидетельствует об ошибочности бытующего мнения о том, что человеческая жизнь начинается с его рождения. Его следует скорректировать: социальная жизнь человека начинается с момента его рождения» [9].

Позиция О.Г. Селиховой о делении жизни на социальную и биологическую представляется интересной, однако закрепление данного предложения на законодательном уровне в первую очередь будет распространяться на биологическую жизнь, что на практике повлечет серьезные правовые последствия, такие как, запрет производства абортов, медицинские манипуляции с эмбрионами и др., что, по нашему мнению, является не совсем верным. Полный запрет производства абортов приведет к резкому росту младенческой и женской смертности, путем производства подпольных абортов, тем более что истории известны такие примеры. Манипуляций с эмбрионами изначально задумывались для благих целей, таких как ЭКО, суррогатное материнство и другие вспомогательные репродуктивные методы и технологии.

Нам ближе представляется мнение Е.В. Перевозчиковой: «Конституционное закрепление права на жизнь человеческого эмбриона с момента зачатия может рассматриваться в качестве базы для правового регулирования репродуктивных прав человека, использования человеческих эмбрионов в научно-исследовательских и терапевтических целях» [10].

Возникает вопрос, с какого момента внутриутробного развития можно считать плод субъектом права, которое будет иметь право на жизнь и на рождение.

Основные точки зрения строятся вокруг аналогии с признаками, при отсутствии которых можно говорить о смерти человека. Иными словами, отсутствие импульсов головного мозга – признак смерти человека, значит, их наличие – признак жизни и

т.д. Понятно, что в этом случае трудности наступают в определении «точки отсчета» – начало работы головного мозга или сердца, формирование тела организма или что-то другое [11].

В 18 недель беременности ребенок полностью сформирован. В 14 недель его сердце перекачивает примерно 24 литра крови в день. В 12 недель у ребенка есть отпечатки пальцев. В 11 недель все системы органов начинают работать. У него уже есть веки, ногти, отпечатки пальцев, он обладает всеми характеристиками, которые есть у людей после их рождения. Начиная с этого возраста, идут только рост и развитие существующих уже внутренних органов: имеются скелет, нервы, кровообращение, дыхание и т.д. В 10-11 недель ребенок чувствует прикосновение, боль, свет, тепло и шум. В 50 дней фиксируются мозговые импульсы. С 18 дня после зачатия начинают ощущаться удары сердца, приходит в действие собственная система кровообращения. Одним из распространенных периодов выступает срок 14 дней, который впервые был предложен в 1979 г. Совещательной комиссией по этике в США, в основе которого лежит время имплантации плода в матку. После 14 дней формируется примитивная хорда, после чего происходит четкая дифференциация клеток [12].

Признание плода, с точки зрения медицины, жизнеспособным должно обусловливать соответствующий подход и с точки права. Момент возникновения права на жизнь отличается от момента возникновения гражданской правоспособности. Однако, только признав соответствующую (условную) правоспособность, можно признать какое-либо право не родившегося ребенка. Мы полагаем необходимым изменение законодательного подхода к определению момента наступления правоспособности. Данное направление признания правоспособности, на наш взгляд, следует развивать.

То есть за живым человеческим организмом должны признаваться неотъемлемые права, касающиеся его физического существования, право на жизнь и право на здоровье. Таким образом, предлагаем признания за не рождённым ребенком (плодом) частичной правоспособности и законодательное закрепление права на жизнь. Для обеспечения данного правового положения не-

обходимо внести изменение в действующее законодательство и пересмотреть сроки ограничения абортов с периода двенадцати недельной беременности с предоставлением для женщины возможности прерывания беременности только по медицинским показателям.

Список литературы:

1. *Когда начинается человеческая жизнь? Медицина и статистика // URL: http://www.noabort.net/nachalo_zhizni (дата обращения: 10.11.2017)*
2. *Павлова А. 500 граммов жизни // Караван. 2007. 14 декабря.*
3. *Малеина М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. М., 2001. С. 58.*
4. *Her mum would have loved her so much: Tearful words of man whose baby was born TWO DAYS after wife died // The Daily Mail. 2009. 13 January / URL: http://www.dailymail.co.uk/news/article-1113003/Her-mum-loved-Tearful-words-man-baby-born-TWO-DAYS-wife-died.html#ixzz1nz7vDKIt (дата обращения: 11.11.2017)*
5. *Hughes M. Brain-dead woman gives birth to twins // The Telegraph. 2012. 24 Apr. / URL: http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9223808/Brain-dead-woman-gives-birth-totwins.html (дата обращения: 10.11.2017)*
6. *Гриневский В. Беременная женщина умерла на руках у врачей. Вот какое решение приняли специалисты после обследования... // URL: https://videoboom.cc/rebenok-rodilsya-u-mertvoy-materi/ (дата обращения: 09.11.2017)*
7. *Беседкина Н.И. Конституционно-правовая защита прав не родившегося ребенка в Российской Федерации // Автореф. дисс. на соискание уч.ст. канд. юрид. наук. М., 2005. С. 12.*
8. *Ковлер А.И. Антропология права. М., 2002. С. 428.*
9. *Селихова О.Г. Конституционно-правовые проблемы осуществления права индивидов на свободу и личную неприкосновенность // Автореф. дисс. на соискание уч.ст. канд. юрид. наук. Екатеринбург. 2002. С. 13-14.*
10. *Перевозчикова Е.В. Конституционное право на жизнь и репродуктивные права человека // Автореф. дисс. на соискание уч.ст. канд. юрид. наук. Казань. 2005. С. 9.*

11. *Романовский Г.Б. Правовая охрана материнства и репродуктивного здоровья // Монография. Проспект. М., 2016. С. 49.*
12. *Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. Учебник. М., 2002. С. 158.*

Об авторе:

Алия Еркайраткызы Даутбаева-Мухтарова – Phd, доцент кафедры Гражданского, предпринимательского и гражданско-процессуального права АО «Университет КАЗГЮУ» г. Астана, Казахстан, 000001, Казахстан, г. Астана, ул. Кошкарбаева, д. 8, e-mail: a.dautbay@mail.ru

Aliya Erkayratkyzy Dautbayeva-Mukhtarova – Phd, associate professor of the Chair of Civil, Entrepreneurial and Civil Procedural Law of JSC «KAZGUU University» Astana, Kazakhstan

© Алия Еркайраткызы Даутбаева-Мухтарова, 2017

Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., Каташина Е.С.

О РАЗВИТИИ ИНСТИТУТА СТРАХОВЫХ ПОВЕРЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

В статье анализируются итоги деятельности института страховых поверенных в сфере ОМС на территории Воронежской области (ВО) за период с 01.07.2016г. по 01.10.2017г. Делается вывод о том, что данное направление работы укладывается в национальную модель здравоохранения, ориентированную, прежде всего, на пациента, а оперативный мониторинг текущей ситуации на основе информации, получаемой через страховых поверенных и Контакт-центры, существенно улучшает контроль за обеспечением надлежащего оказания застрахованным гражданам медицинской помощи в сфере ОМС.

Ключевые слова: *надлежащее оказание медицинской помощи; ретроспективная оценка; оперативный мониторинг; страховые поверенные; Контакт-центры.*

Alexander V. Danilov, Tatiana B. Katashina, Evguenia A. Isaenkova, Elena S. Katashina

ABOUT THE DEVELOPMENT OF THE INSURANCE ATTORNEYS INSTITUTE IN VORONEZH REGION

In this article we analyze the results of the Insurance Attorneys Institute in CMI sphere in Voronezh Region (VR) from 01.07.2016 to 01.10.2017. We can conclude, that this course of work coincide with national model of health protection service, which is oriented first of all on a patient. Besides, online monitoring of the current situation based on the information provided by insurance attorneys and contact centers essentially improves the control of the ensuring proper medical help for insurants in CMI sphere.

Key words: *proper medical assistance; reflective evaluation; online monitoring; insurance attorneys; contact centers.*

В мае 2017 года в Совете Федерации состоялось заседание, в ходе которого был рассмотрен вопрос о практике работы страховых поверенных в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС). Как отметил в своем выступлении председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике В.В. Рязанский, «эта тема с далеко идущими стратегическими перспективами для системы здравоохранения».

Одним из ключевых вопросов, направленных на реформирование системы ОМС, было признано расширение обязанностей

страховщиков путем организации сопровождении каждого пациента конкретным страховым поверенным или «менеджером здоровья», к которому тот прикреплен, так же, как и к врачу, для обеспечения информационной и правовой поддержки, а также решения всех «наболевших» вопросов застрахованного гражданина при получении им медицинской помощи в системе ОМС.

В соответствие с приказом ФФ ОМС от 11.05.2016 №88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» страховые поверенные осуществляют свою деятельность, в том числе, непосредственно в медицинских организациях [3, с. 3].

Таким образом, произошедшие изменения в системе здравоохранения за последние годы качественно повлияли на всю логистику работы в сфере ОМС, направленной на защиту прав и законных интересов застрахованных граждан, в том числе на возможность получать медицинскую помощь надлежащего качества. Ведущая роль в обеспечении и соблюдении конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь отведена территориальным фондам ОМС и страховым медицинским организациям (СМО).

В Территориальном фонде ОМС Воронежской области (ТФ ОМС ВО) уже более 20 лет функционирует отдел защиты прав граждан и организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС. Ведущими направлениями его работы являются анализ обращений и жалоб застрахованных, повышение правовой грамотности граждан путем их целенаправленного информирования о правах в сфере ОМС, изучение условий оказания медицинской помощи с выездом в медицинские организации (МО), а также вопросов соблюдения персоналом МО этики и деонтологии в работе с пациентами [4, с. 70].

В соответствии со ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования [1, с. 20]. Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, ее субъектов и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

При этом безусловным приоритетом в работе ТФ ОМС ВО является обеспечение условий для получения застрахованными гражданами бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в объеме «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов на территории Воронежской области» [2, с. 2].

К сожалению, ретроспективный анализ проблем, возникающих у отдельных застрахованных при обращении за медицинской помощью в случае нарушения порядка и условий ее оказания, не всегда эффективен с точки зрения возможности оперативного принятия управленческих решений.

В статье «Деятельность страховых поверенных в сфере ОМС на территории Воронежской области: первые итоги» авторами публикации уже были сделаны выводы о том, что с развертыванием работы института страховых поверенных оперативность реагирования на случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи значительно повысилась, что подтвердило полезность создания данного института, как инструмента оперативного влияния на качество оказания медицинской помощи [5, с. 16].

Продолжая анализировать обращения граждан, поступившие в ТФ ОМС ВО и СМО за период 2016-2017 годы, однозначно можно сделать вывод, что изменения произошли и в структуре обращений застрахованных лиц. Так по итогам первого полугодия 2017 года отмечается увеличение доли консультативной помощи застрахованным гражданам и снижение доли заявлений и жалоб по сравнению с 2016 годом, когда институт страховых представителей силами 186 подготовленных специалистов

приступил к работе на территории региона. На данный момент численность страховых поверенных, осуществляющих работу с застрахованными гражданами по всем направлениям, незначительно увеличилась и составляет 200 специалистов, при этом нагрузка на специалиста первого уровня составляет 22603, а второго уровня – 34932 застрахованных граждан. Общероссийская статистика – 37 077 и 36 475 соответственно.

Важно отметить, что с января текущего года страховые поверенные провели чрезвычайно важную работу по оповещению населения о необходимости прохождения диспансеризации, направленной не только на выявление различных заболеваний на ранних стадиях, но и снижение смертности населения в регионе в целом. ТФ ОМС ВО были проведены мероприятия по разработке и внедрению информационных автоматизированных систем для сопровождения деятельности СМО и МО в части формирования списков застрахованных граждан, подлежащих проведению профилактических мероприятий, и работы Контакт-центра в режиме онлайн – была сформирована система персонифицированного учета всех обращений граждан, отлажен контроль за своевременностью и результатами их рассмотрения.

Цифры говорят сами за себя – 36% из числа оповещенных граждан прошли диспансеризацию в текущем году. Это на 17% больше, чем в аналогичном периоде прошлого года.

Анализ структуры обоснованных жалоб, поступивших от застрахованных граждан, показал положительную динамику по ряду направлений. Произошло значительное снижение показателя доли жалоб, связанных с взиманием денежных средств на медицинскую помощь по программе ОМС с 44,2% в 2016 году до 7,4% в 2017 году и жалоб на отказ в медицинской помощи по программе ОМС с 4,8% до 2,4% соответственно. Динамика показателей по другим причинам обоснованных жалоб существенно не изменилась. Обращения, связанные с обеспечением полисами ОМС, начиная с 2012 года, в Воронежской области не фиксировались.

Вышесказанное свидетельствует о положительных результатах работы в режиме онлайн страховых поверенных с застрахованными гражданами при их обращении за медицинской помощью.

С учетом изложенного можно констатировать, что с развертыванием работы института страховых поверенных на территории ВО значительно расширился арсенал защиты прав и законных интересов застрахованных граждан, повысилась оперативность реагирования на случаи возникновения проблемных вопросов у граждан при обращении за медицинской помощью. Получаемая через страховых поверенных и Контакт-центры и оперативно анализируемая информация, бесспорно, способствует совершенствованию работы по обеспечению надлежащего оказания застрахованным гражданам медицинской помощи в сфере ОМС, делая ее более результативной и понятной для них.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета от 23 ноября 2011 г. №263*
2. *Постановление правительства Воронежской области от 28.12.2016 №1004 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов на территории Воронежской области»*
3. *Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11.05.2016г. №88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»*
4. *Данилов А.В., Каташина Т.Б. Мониторинг обращений граждан как важнейшее условие обеспечения надлежащего оказания медицинской помощи в системе ОМС // Медицинское право. Федеральный научно-практический журнал. 2016.- Т. 2.- №2(4). С. 69-75.*
5. *Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., Каташина Е.С. Деятельность страховых поверенных в сфере ОМС на территории Воронежской области: первые итоги // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.Н. Семашко. 2017. Выпуск 5. С. 12-17.*

Об авторах:

Данилов Александр Валентинович – директор ТФОМС Воронежской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, e-mail: vrn@omsvrn.ru

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

Исаенкова Евгения Александровна – заместитель начальника отдела защиты прав граждан и организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС ТФОМС Воронежской области, аспирант кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, e-mail: zpz-iea @omsvrn.ru

Каташина Елена Сергеевна – аспирант кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, e-mail: zpz-ktb@omsvrn.ru

Alexander V. Danilov – MD., PhD, Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh region, Assistent Professor of the Chair for Public Health, Health Protection, Hygiene and Epidemiology APEI of the Institute of Advanced Professional Education of the N.N. Burdenko Voronezh State Medical University

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

Evguenia A. Isaenkova – Deputy Head of the Department for the Protection of Rights of the Insured, Control of Scope and Quality of Medical Care Provided in the Mandatory Health Insurance System in the Voronezh region. Voronezh. Post-graduate of the Department of Public Health, Health Protection, Hygiene and Epidemiology APEI of the Voronezh State Medical University Named After N.N. Burdenko. Voronezh

Elena S. Katashina – post-graduate of the Department of Public Health, Health Protection, Hygiene and Epidemiology APEI of the Voronezh State Medical University Named After N.N. Burdenko. Voronezh

© Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., Каташина Е.С., 2017

Елина Н.К.

ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье рассматриваются основные проблемы доступности и качества медицинской помощи, вопросы совершенствования законодательства с целью улучшения эффективности реализации права на доступную и качественную медицинскую помощь.

Ключевые слова: *закон, медицинское вмешательство, медицинская услуга, медицинская помощь, контроль качества, доступность и качество медицинской помощи.*

Elina Natali

ACCESS AND QUALITY OF MEDICAL CARE – HEAD PRINCIPLE PUBLIC HEALTH

The article is devoted to the main problems of quality and access of medical care, questions of enhancement of the legislation for the purpose of improvement of efficiency of implementation of the right to available and high-quality medical care.

Key words: *law, medical intervention, medical services, medical care, control of the quality, availability and quality of medical care.*

Охрана здоровья граждан является государственной задачей закрепленной в Конституции Российской Федерации и представляет из себя систему мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи» [1].

Однако состояние сферы здравоохранения находится в очень сложном состоянии и нуждается в принятии мер по оптимизации, чтобы избежать таких последствий как рост заболеваемости, смертности и сокращение численности населения.

Следует подчеркнуть, что в современной России повышение доступности и качества медицинской помощи для населения декларируется неизменно как важнейшие приоритеты государственной политики в области охраны здоровья. Поэтому в 1993 году в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в отдельной статье были выделяли принципы охраны здоровья граждан, а именно:

1. соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2. приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
3. доступность медико-социальной помощи;
4. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5. ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья [2].

При этом активная позиция государства, направленная на модернизацию здравоохранения привела к изменению, а точнее сказать дополнению конкретизации принципов, и в настоящее время это:

1. соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2. приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
3. приоритет охраны здоровья детей;
4. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5. ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
6. доступность и качество медицинской помощи;
7. недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
8. приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
9. соблюдение врачебной тайны [1].

Безусловно все девять принципов, при их организации и соблюдении дают возможность каждому гражданину получить качественную медицинскую помощь и при этом она оказывается своевременно, что обеспечивается доступностью ее получения.

Федеральный закон выделяет три основных критерия качества медицинской помощи:

- своевременность оказания медицинской помощи;
- правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- степень достижения запланированного результата [1].

Доступность и качество медицинской помощи является центральным показателем благополучного развития любого современного общества. Важнейшим условием качественного оказания медицинской помощи в настоящее время является надлежащий уровень реализации прав пациентов.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется в следующих формах:

1. государственный контроль;
2. ведомственный контроль;
3. внутренний контроль.

Порядок и условия проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, не зависимо от организационно-правовой формы, структуры и иных характеристик обеспечивается руководителем организации, включая организацию и ее проведение.

В настоящее время проведение контроля качества медицинской помощи в рамках оказания гарантированной бесплатной медицинской помощи, является обязанностью фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации, согласно Федерального закона №326 от 29 ноября 2010 «Об обязательном медицинском страховании» и Приказа ФФОМС от 1 декабря 2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [3, 4].

Дефекты оказания медицинской помощи, выявляет эксперт качества медицинской помощи соответствующей специальности, который оценивает вероятность вреда жизни и здоровью человека в связи с неправильно поставленным диагнозом и неправильным лечением. В дальнейшем страховая медицинская организация принимает решение об оплате или частичной оплате, или отказе в оплате медицинской помощи. В результате данного контроля проводятся мероприятия, для дальнейшего не допущения такого рода дефектов и ошибок, при этом пациент в отношении которого выявлены дефекты или ошибки, связанные с своевременностью оказания медицинской помощи, правильностью выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степенью достижения запланированного результата, не получает никаких изменений дополнений в процедуре лечения для восстановления здоровья.

Осуществление качественной медицинской помощи гражданам является важным и приоритетным направлением в деятельности государства, в лице уполномоченных органов исполнительной власти. Которая не только осуществляет контроль качества медицинской помощи, но и создает условия для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, по средством:

1. организации оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
2. обеспечения необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
3. обеспечения возможности выбора медицинской организации и врача;
4. обеспечения применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
5. обеспечения предоставления медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
6. установления в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских

организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7. обеспечения транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
8. обеспечения возможности беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;
9. оснащения медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Вместе с тем, система контроля качества медицинской помощи предусматривает контроль со стороны общества. Информация, представленная Министерством здравоохранения Российской Федерации, позволяет информировать население: о готовящихся изменениях законодательства, о порядке и стандартах оказания медицинской помощи, о лицензировании медицинских организаций, о предоставлении бесплатных лекарственных средств, об оказании специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологической и др., что конечно влияет на доступность и качество медицинской помощи.

Вместе с тем, необходимо отметить, что обращение граждан в органы врасти, как форма управления качеством медицинской помощи, закрепленная в Конституции Российской Федерации является действенной. Это может быть устное обращение, а также письменное предложение, заявление или жалоба. Ежемесячные личные приемы министра, заместителя, руководителей отделов Министерства здравоохранения, позволяют выявить недостатки, дефекты и принять меры для дальнейшего их недопущения.

Система здравоохранения России является одной из отраслей деятельности государства, регулируемой рядом федеральных законов и подзаконных актов: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»; «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»; «О наркотических средствах и психотропных веществах»; «Об обращении лекарственных средств» и др., Приказ Минздрав России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Приказ Минздрав России «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи», Приказ ФФОМС «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и др.

Кроме того, следует отметить, что вопросов, которые недостаточно разработаны и нуждаются в дополнительном правовом регулировании достаточно много:

1. Правовое регулирование участия пациентов в государственном контроле качества медицинской помощи;
2. Обеспечение прокурорского надзора за результатами проводимого контроля качества медицинской помощи;
3. Обеспечение совместного пребывания несовершеннолетнего и родителей в стационаре;
4. Проблемы, связанные с отсутствием, не обеспеченностью населения необходимыми специалистами в государственной и муниципальных системах здравоохранения;
5. Проблемы, связанные с ответственностью за сокращение медицинских организаций и специалистов в государственной и муниципальных системах здравоохранения;
6. Проблемы реализации прав на медицинскую помощь отдельных групп населения.

Из вышеизложенного следует, что обеспечение достойного уровня жизни, своевременной и качественной медицинской помощи населению на современном этапе является достаточно

сложным и многоуровневым процессом. Который может осуществляться при тесной взаимосвязи государственных органов власти, должностных лиц, медицинских организаций, страховых медицинских организаций и пациентов.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Принят Государственной Думой 1.11.2011., Одобрен Советом Федерации 9.11.2011. // Российская газета №263, 23.11.2011.*
2. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, утверждено ВС РФ 22.07.1993 №5487-1 / «Российские вести», №174, 09.09.1993.*
3. *Федерального закона №326 от 29 ноября 2010г. «Об обязательном медицинском страховании» // «Российская газета», №274, 03.12.2010.*
4. *Приказа ФФОМС от 1 декабря 2010 №230 «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.*

Об авторе:

Елина Наталья Константиновна – заведующий кафедрой гуманитарных дисциплин Частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», кандидат юридических наук, доцент, 443030, г. Самара, ул. Чкалова, 100, корпус 2, каб. 107, e-mail: Elina-Natali@mail.ru

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

© Елина Н.К., 2017

Каминская О.Н.

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РЕКЛАМЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Изучено нормативное регулирование рекламы медицинских услуг в Российской Федерации. Установлены ограничения в рекламе. Обобщена судебная практика в этом вопросе.

Ключевые слова: *реклама в медицине; ограничения при рекламе платных медицинских услуг; ответственность за нарушение законодательства о рекламе в медицине.*

Kaminskaya Ol'ga Nikolayevna

NORMATIVE REGULATION OF ADVERTISING OF MEDICAL SERVICES

The regulatory regulation of advertising of medical services in the Russian Federation has been studied. The restrictions in advertising are established. The judicial practice in this question is generalized.

Key words: *advertising in medicine; restrictions on the advertising of paid medical services; responsibility for violation of legislation on advertising in medicine.*

В планировании деятельности частной медицинской организации реклама занимает важную часть [1]. Новые технологии продвижения медицинских услуг, медиасфера активно развиваются. Руководители медицинских центров вкладывают значительные финансовые средства на проведение рекламных акций, размещение наружной рекламы, изготовление печатной продукции. Зачастую, специализированные организации, выпускающие данную продукцию, не ориентированы в действующем законодательстве о рекламе [2, 3, 4].

Обзор данной темы необходимо начать с ответственности за нарушение Федерального закона от 13.03.2006 №38-ФЗ «О рекламе» (далее – Закон о рекламе). Ответственность наступает не только у рекламодателя, но и рекламораспространителя, рекламопроизводителя. Надзорным органом, выполняющим контроль за соблюдением законодательства о рекламе, является Федеральная антимонопольная служба. Нарушение ведет к административной ответственности и влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от двух тысяч до двух

тысяч пятисот рублей; на должностных лиц – от четырех тысяч до двадцати тысяч рублей; на юридических лиц – **от ста тысяч до пятисот тысяч рублей** (КРФ об АП РФ, ст. 14.3, ч. 5). Такие высокие суммы штрафов призывают к повышенной ответственности за рекламную информацию со стороны медицинских организаций и производителей рекламы, стоят на защите потребителей от недостоверной информации в такой важной сфере, как здоровье.

Напомним ограничения, утвержденные статьей 24, п. 1 ФЗ «О рекламе». Реклама медицинских услуг не должна:

- содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний, улучшения состояния здоровья человека в результате применения объекта рекламирования;
- содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования;
- создавать представление о преимуществах объекта рекламирования путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации объекта рекламирования;
- содержать утверждения или предположения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья.

Также установлено требование при рекламе медицинских услуг, в том числе методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации о необходимости обязательного предупреждения о наличии противопоказаний и получения консультации специалистов (ст. 24, п. 7). Данным пунктом установлены временные интервалы такого предупреждения на радио и телевидении – не менее трех секунд; в рекламе, распространяемой в телепрограммах и при кино- и видеообслуживании, – не менее чем пять секунд и должно быть отведено не менее чем семь процентов площади кадра, а в рекламе, распространяемой другими способами, – не менее чем пять процентов рекламной площади (рекламного пространства). Часть 7 ст. 24 устанавливает возможность рекламы методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации в составе видов (перечня медицинских

услуг). В определении Верховного Суда Российской Федерации от 27.10.2016 №303 КГ 16-8450 указывается, что реклама, в которой раскрывается содержание того или иного метода диагностики, профилактики, лечения и реабилитации попадает под запрет ч. 8 ст. 24 Закона о рекламе.

При анализе постановлений ФАС за 2017 год установлено, наиболее часто выявляется нарушения в виде отсутствия должного предупреждения.

Согласно пункту 1 статьи 3 Федерального закона «О рекламе», реклама – это информация, распространенная любым способом, в любой форме и с использованием любых средств, адресованная неопределенному кругу лиц и направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и его продвижение на рынке.

Объектом рекламирования является товар, средства индивидуализации юридического лица и (или) товара, изготовитель или продавец товара, результаты интеллектуальной деятельности либо мероприятие (в том числе спортивное соревнование, концерт, конкурс, фестиваль, основанные на риске игры, пари), на привлечение внимания к которым направлена реклама; товар – продукт деятельности (в том числе работа, услуга), предназначенный для продажи, обмена или иного введения в оборот.

Объектом рекламы может быть как товар, так и производитель товара. В случае, когда объектом рекламы является медицинская организация, допустимо указание на перечень медицинских услуг, оказываемых данной организацией.

Определение Верховного Суда РФ от 20.02.2017 №308-АД16-10650 по делу №А63-11516/2015 дало четкое разграничение на применение норм Закона о рекламе в соответствии с объектом рекламирования. Как следует из материалов дела и установлено судами, в газете «Ставропольский бизнес» от 29.07.2015 №24/1031 на странице 5 была размещена реклама следующего содержания: «Лечебно-оздоровительный центр «Луч»: диагностика и лечение глазных болезней взрослых и детей; прием врача-офтальмолога, прием врача-невролога, прием врача-гастроэнтеролога, прием

врача-кардиолога, ЭКГ-исследование, проведение глазных физиопроцедур, контактная коррекция зрения, подбор очков любой сложности, продажа очков...».

Усмотрев в действиях общества признаки состава административного правонарушения, предусмотренного частью 5 статьи 14.3 КРФ об АП РФ, управление, оспариваемым постановлением об административном правонарушении от 09.09.2015 №491, за нарушение части 8 статьи 24 Федерального закона от 13.03.2006 №38-ФЗ «О рекламе», привлекло общество к административной ответственности.

Отказывая в удовлетворении заявленных требований, суды первой, апелляционной и кассационной инстанций исходили из того, что деяние общества (в части размещения рекламы метода диагностики – ЭКГ-иследования) представляет собой указанное нарушение Закона о рекламе; штраф применен антимонопольным органом правомерно; процедура привлечения к ответственности соблюдена.

Оценивая содержание рекламы, размещенной в газете «Ставропольский бизнес» от 29.07.2015 №24/1031, суды отметили, что в соответствии с письмом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 20.04.2015 №05-16/1051, УЗИ и ЭКГ относятся к методам диагностики заболевания. Газета «Ставропольский бизнес» не является специализированным печатным изданием, предназначенным для медицинских и фармацевтических работников.

Однако объектом рекламирования в рассматриваемом случае была не реклама конкретного метода диагностики и лечения – ЭКГ, с раскрытием преимуществ данного метода и его эффективности, а реклама медицинской услуги.

С учетом изложенного, суды необоснованно пришли к выводу о том, что реклама медицинских услуг общества, размещенная в газете «Ставропольский бизнес» от 29.07.2015 №24/1031, является ненадлежащей. Соответственно, постановление от 09.09.2015 №491 о привлечении к административной ответственности является незаконным.

В таблице 1 обобщены требования к рекламе медицинских услуг.

Таблица 1

Требования к рекламе медицинских услуг

Вид размещения рекламы	Предупреждение о наличии противопоказаний и получения консультации специалистов	Образ врача	Образ детей
Внешняя реклама (баннеры)	обязательно	допустимо	допустимо
Реклама в рамках медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий, а также в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях	не требуется	допустимо	допустимо
Радио- и телереклама	обязательно	допустимо	допустимо
Реклама внутри организации (плакаты, стойки, буклеты)	не требуется	допустимо	допустимо
Реклама на сайте организации	не требуется	допустимо	допустимо

Вместе с тем, необходимо отличать от рекламы информацию, обязательную к размещению. Вывеска организации должна соответствовать требованиям ст. 9, п. 1 Федерально-

го закона от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 01.05.2017) «О защите прав потребителей» и может содержать указания на профиль организации (медицинские анализы, лабораторная диагностика). Обязательные требования к сайтам медицинских организаций установлены Постановлением Правительства 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и приказом Минздрава России от 30.12.2014 №956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»«. К обязательным требованиям относится наличие на сайте прейскуранта медицинских услуг и наличия перечня видов деятельности в соответствии с лицензией организации.

В своем письме от 21.06.2017 АД/41673/17 «О применении ст. 14.3 КРФ об АП реклама медицинских услуг, реклама методов лечения» ФАС РФ указала, что Федеральный закон «О рекламе» не содержит понятия методов профилактики, диагностики, лечения или медицинской реабилитации. Вопрос об отнесении тех или иных способов воздействия на организм человека к методам профилактики, диагностики, лечения или медицинской реабилитации входит в компетенцию Минздрава России.

Таким образом, реклама вне медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий, а также в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях допустима в виде:

- рекламы медицинской организации;
- рекламы профиля отделений (отделение лабораторной диагностики, терапии, педиатрии);
- указания видов деятельности (в соответствии с лицензией);

- рекламы медицинских услуг (перечень) без раскрытия методов диагностики, профилактики, лечения и медицинской реабилитации;
- указания на специальности врачей (врач-педиатр, врач-терапевт и др.).

Список литературы:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение (учебник для последипломного обучения) / Под ред. Царик Г.Н. // Кемерово: Практика, 2012. ISBN 978-5-86338-033-9. 911 с.*
2. *Каминская О.Н., Самусь И.В., Грачева Т.Ю. Частная система здравоохранения: правовые аспекты лицензирования // Медицинское право. 2014. №3. С. 51-55.*
3. *Каминская О.Н., Самусь И.В., Грачева Т.Ю. Частная система здравоохранения: правовые аспекты лицензирования // Медицинское право. 2014. №3. С. 51-55.*
4. *Самусь И.В., Сорокина В.А., Грачева Т.Ю. Управление медицинской организацией с использованием оптимизации организационно-методического обеспечения // Медицинское право. 2014. №4. С. 24-28.*

Об авторе:

Каминская Ольга Николаевна – главный врач ООО «Инвитро», Кемерово, e-mail: medpravo3@bk.ru

Kaminskaya Ol'ga Nikolayevna – Director of «Invitro», Kemerovo

© Каминская О.Н., 2017

Канунникова Л.В., Хлудов Е.Ю.

ПРАВОВАЯ ПРИРОДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УСЛУГИ) И ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС

В статье рассматриваются вопросы обоснованности отнесения правоотношений по оказанию медицинской помощи гражданам в рамках обязательного медицинского страхования к правоотношениям, к которым подлежат применение законодательства о защите прав потребителей.

Ключевые слова: *обязательное медицинское страхование, защита прав потребителей, правовой статус медицинских организаций, правовая природа медицинской помощи.*

Lyudmila V. Kanunnikova, Evgeny Yu. Khludov

LEGAL NATURE OF MEDICAL CARE (SERVICES) AND LEGAL STATUS OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE OMN SYSTEM

In the article the questions of validity of referring of legal relations on rendering medical aid to citizens within the framework of compulsory medical insurance to legal relations to which the legislation on protection of consumers' rights are subject are considered.

Key words: *obligatory medical insurance, protection of consumers' rights, legal status of medical organizations, legal nature of medical care.*

Сложившаяся в настоящее время судебная практика исходит из того, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), применяется законодательство о защите прав потребителей.

Данная позиция настолько глубоко проникла в правоприменительную практику, что была закреплена в пункте 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», в котором высшая судебная инстанция разъяснила, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и ОМС, применяется законодательство о защите прав потребителей. Таким образом, данная правовая позиция Верховного Суда РФ, по сути, стала обязательной для судов, рассматривающих соответствующие дела.

Исходя из данной правовой позиции Верховного Суда РФ, нижестоящие суды при рассмотрении дел, связанных с недостатками оказания медицинской помощи, оказываемой государственными и/или муниципальными бюджетными учреждениями здравоохранения, в рамках ОМС, как источника одноканального финансирования в системе практического здравоохранения, применяют к соответствующим спорам законодательство о защите прав потребителей, взыскивая с ответчиков компенсацию морального вреда существенных размеров, а также соответствующие штрафы.

Согласно части 1 статьи 41 Конституции РФ, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Статья 41 Конституции РФ, содержащая данную норму, находится в Главе 2 «Права и свободы человека и гражданина» Конституции РФ. Таким образом, перед нами норма, наделяющая каждого правом на охрану здоровья и медицинскую помощь (первое предложение ч. 1 ст. 41), а также определяющая источники финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и устанавливающая ее безвозмездный для граждан характер – бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (второе предложение данной нормы конституционного права).

Согласно статье 2 Конституции РФ, человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства.

В соответствии со ст. 18 Конституции РФ, права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. Они определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием.

Согласно п. 1 ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из основных принципов охраны здоровья являются соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

Согласно п. 1 ст. 3 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ОМС – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и, в установленных настоящим Федеральным законом случаях, в пределах базовой программы ОМС.

В соответствии с п. 1 ст. 4 указанного закона, одним из основных принципов осуществления ОМС являются обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС.

По смыслу указанных норм конституционного законодательства, изданных в его развитие норм законодательства об охране здоровья граждан и ОМС в их системно – правовом единстве, бесплатное оказание гражданам медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений по своей правовой природе представляет собой законодательно (на конституционном уровне) закрепленную государственную, т.е. публично-правовую гарантию реализации гражданами своего конституционного права на охрану здоровья и получение медицинской помощи, а также источника финансирования данных гарантий.

Поэтому оказание гражданам медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений не является услугой в точном смысле ст. ст. 779-783 ГК РФ.

Необходимо учитывать, что при решении вопроса о возможности применения к правоотношениям по оказанию медицинской помощи гражданам в рамках ОМС положений законодательства о защите прав потребителей, является правовой статус медицинских организаций, оказывающих гражданам такую медицинскую помощь.

Частью 1 ст. 41 Конституции РФ, предусмотрено оказание гражданам медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, т.е. организациях определенной организационно – правовой формы.

Частью 1, пунктом 8 части 3 статьи 50 Гражданского кодекса Российской Федерации учреждения отнесены к организациям, не имеющим извлечение прибыли в качестве цели и не распределяющим полученную прибыль между участниками (некоммерческие организации). Таким образом, данная общая норма материального права относит бюджетные учреждения к некоммерческим организациям.

Согласно положениям специальной нормы статьи 9.2 Федерального закона от 12.01.1996 №7-ФЗ «О некоммерческих организациях» бюджетным учреждением признается некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления.

Таким образом, из указанных норм конституционного законодательства и изданных в его развитие норм законодательства о некоммерческих организациях в их системно–правовом единстве следует, что бесплатное оказание гражданам медицинской помощи законодательством возложено на некоммерческие организации – государственные и муниципальные учреждениях здравоохранения (как правило – бюджетные) и, по существу,

представляет собой обеспечение реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сферах здравоохранения, т.е. по существу – гарантий реализации гражданами их конституционного права на охрану здоровья и бесплатное получение медицинской помощи, а следовательно, имеет публично-правовой характер.

Изложенное, по нашему мнению, подтверждает сделанный нами ранее вывод о том, что оказание гражданам бесплатной медицинской помощи некоммерческими организациями – государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, не является услугой по точному смыслу ст. ст. 779-783 ГК РФ, представляя собой публично-правовую деятельность по реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сфере здравоохранения, т.е. деятельность, имеющую публично-правовой характер и осуществляемую от имени государства.

Анализируя обоснованность применения к правоотношениям по оказанию медицинской помощи гражданам в рамках обязательного медицинского страхования законодательства о защите прав потребителей и, что правовая позиция, высказанная Верховным Судом Российской Федерации в пункте 9 Постановления его Пленума от 28.06.2012 №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» о необходимости применения к данным правоотношениям законодательства о защите прав потребителей нельзя не заметить, что данная правовая позиция высшей судебной инстанцией никак не мотивирована и, по существу, носит произвольный характер.

В то же время, согласно п. 6 данного Постановления, содержится указание, что к отношениям по совершению нотариусом нотариальных действий, а также к отношениям по оказанию профессиональной юридической помощи адвокатами законодательство о защите прав потребителей не применяется. При этом какая–либо мотивация данной правовой позиции Верховным Судом в своем Постановлении также не приводится.

Таким образом, по нашему мнению, выведение деятельности нотариусов и адвокатов из–под действия законодательства о защите прав потребителей произведено Верховным Судом, исходя из данной правовой позиции Конституционного Суда, с учетом выявленного им в данном Постановлении публичного характера осуществляемой ими деятельности.

Нельзя не отметить очевидное противоречие позиций Верховного Суда РФ: указывая на то, что на деятельность адвокатов и нотариусов не распространяется действие законодательства о защите прав потребителей, и никак не мотивируя этот свой вывод, Верховный Суд в то же время без каких-либо пояснений и ссылок на закон, распространяет действие данного законодательства на отношения по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках ОМС.

Однако, если исходить из правовой позиции Конституционного Суда РФ о публично-правовом характере деятельности адвокатов и частнопрактикующих нотариусов, видимо, воспринятой Верховным Судом РФ и послужившей основанием для выведения их деятельности из-под действия законодательства о защите прав потребителей, то гораздо более логичным и соответствующим букве и духу закона будет выведение из-под действия данного законодательства деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, в виду гораздо более очевидного публично-правового характера деятельности данных учреждений, в силу изложенных нами ранее соображений в сравнении с адвокатами и нотариусами, для выявления публично-правового характера деятельности которых потребовалось вынесение Конституционным Судом РФ Постановления.

Как было показано выше, оказание гражданам бесплатной медицинской помощи некоммерческими организациями – государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов,

других поступлений, не является услугой по смыслу ст. ст. 779-783 ГК РФ, представляя собой деятельность по реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сфере здравоохранения, т.е. деятельность, имеющую публично-правовой характер и осуществляемую от имени государства.

Исходя из логики приведенного нами выше Постановления Конституционного Суда РФ и ее дальнейшего развития Верховным Судом РФ, продемонстрированного в п. 6 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», распространение на правоотношения по оказанию медицинской помощи гражданам в рамках ОМС положений законодательства о защите прав потребителей, т.е. деятельность по предоставлению конституционных государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, осуществляемую некоммерческими организациями является не только не основанным на законе, но и прямо ему противоречащим, в связи, с чем представляется разумным законодательно вывести данную деятельность из-под действия законодательства о защите прав потребителей.

Однако, позиция Верховного Суда РФ в очередной раз имеет очевидные противоречия: отношения адвоката и клиента опосредуются гражданско-правовым договором и носят возмездный характер, в чем нетрудно убедиться, ознакомившись со ст. 25 Федерального закона от 31.05.2002 №63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации».

Отношения частнопрактикующего нотариуса с клиентом также носят возмездный характер, в чем нетрудно убедиться, ознакомившись со ст. ст. 22, 23 «Основ законодательства Российской Федерации о нотариате» (утв. ВС РФ 11.02.1993 №4462-1), т.е., по существу, соответствует всем признакам договора возмездного оказания услуг. Однако наличие данных обстоятельств не помешало Верховному Суду прийти к выводу о неприменимости к деятельности адвокатов и частнопрактикующих нотариусов законодательства о защите прав потребителей.

Еще одним аргументом, свидетельствующим в пользу публично-правового характера исследуемых нами правоотношений, является закрепленный законом публично-правовой характер обязательного медицинского страхования, а также источник финансирования мер, создаваемых государством в сфере правоотношений в области ОМС.

Статьей 21 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определены источники формирования средств ОМС, которые формируются за счет доходов от уплаты страховых взносов на ОМС, недоимок по взносам, налоговым платежам, начисленных пеней и штрафов, средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации, доходов от размещения временно свободных средств, иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации, т.е. за счет платежей, имеющих публично-правовую природу, а также доходов от размещения временно свободных средств, полученных от таких платежей.

Отметим, что оплата бесплатной медицинской помощи, оказываемой гражданам государственными бюджетными учреждениями здравоохранения в рамках ОМС, производится страховыми медицинскими организациями за счет средств, сформированных из указанных выше источников.

Таким образом, мы, по существу, имеем оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках государственных гарантий, государственными учреждениями, за счет средств, сформированных из публично-правовых платежей, что снова подтверждает сделанный нами ранее вывод о том, что медицинская помощь, оказываемая в рамках ОМС, является государственной гарантией оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, пред-

усмотренной ч. 1 ст. 41 Конституции РФ и вытекающей из закрепленного в ч. 1 ст. 7 Конституции РФ правового статуса Российской Федерации как социального государства.

С учетом изложенного, сложившаяся в настоящее время и закрепленная указанным выше Постановлением Пленума Верховного Суда РФ, по существу, распространяет законодательство о защите прав потребителей на государственные гарантии, что противоречит существу данных правоотношений.

Исходя из приведенных обоснований, представляется возможным обеспечить единообразие правового регулирования деятельности, представляющей собой реализацию публично-правовых гарантий, законодательно закрепив неприменимость к таким правоотношениям законодательства о защите прав потребителей.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г. (с изменениями на 21.07.2014 г).*
2. *Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 29 июля 2017 года).*
3. *Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».*
4. *Федеральный закон от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».*
5. *Федеральный закон от 31.05.2002 г. №63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре РФ».*
6. *Гражданский кодекс от 18.12.2006 г. (с изменениями на 29.07.2017 г).*
7. *Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей».*
8. *Федеральный закон от 07.02.1992 г. №2300-1 «Закон о защите прав потребителей (в редакции Федерального закона от 9 января 1996 года №2-ФЗ) (с изменениями на 13 июля 2015 года).*
9. *«Основы законодательства РФ о нотариате» (утв. Верховным Судом РФ 11.02.1993 г. № 4462-1).*

Об авторах:

Канунникова Людмила Владимировна – главный врач Новосибирского областного госпиталя №2 ветеранов войн, заведующая кафедрой медицинского права ФПК и ППв Новосибирского государственного медицинского университета, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, юрист, Новосибирск, e-mail: h2vv@mail.ru

Хлудов Евгений Юрьевич – практикующий юрист в области медицинского права, Новосибирск, e-mail: ekhludov@yandex.ru

Lyudmila Vladimirovna Kanunnikova – chief Physician of the Novosibirsk Regional Hospital No. 2 of War Veterans, Head of the Department of Medical Law of the FPK and PPv of the National Medical University, Honored Doctor of the Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Lawyer, Novosibirsk

Evgeny Yurievich Khludov – practicing lawyer in the field of medical law, Novosibirsk

© Канунникова Л.В., Хлудов Е.Ю., 2017

Кирова Т.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Статья посвящена исследованию структуры профессионального статуса медицинских работников. По мнению автора, среди прав и обязанностей данной категории лиц целесообразно различать первичные и производные. Первые имеют прямую связь с оказанием медицинской помощи населению, вторые призваны создать гарантии для реализации первой группы полномочий. Подобная дифференциация важна для понимания сущности профессиональной деятельности медицинских работников и решения вопроса об отсутствии или наличии в определенных действиях признаков правонарушения.

Ключевые слова: *должностные полномочия; медицинские работники; права и обязанности; профессиональный статус.*

Kirova Tatiana

DIFFERENTIATION OF THE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES MEDICAL WORKERS

The article is devoted to the research of structure of the professional status of health workers. According to the author, among the rights and obligations of such persons it is expedient to distinguish between primary and derivative. The former have a direct connection with the provision of medical care to the population, the second are called to create guarantees for realization of the first group of authorities. Such differentiation is important for understanding the essence of professional activity of medical workers and for the solution of a question of absence or existence in certain actions of signs of delinquency.

Key words: *authority, healthcare workers, professional status, rights and obligations.*

Права и обязанности, принадлежащие лицу, не имеют значения сами по себе, будучи оторванными от своего носителя, их целевое назначение заключается в том, чтобы определять границы допустимого и социально одобряемого поведения в определенной сфере. Целевая направленность профессионального статуса и определяет его содержание, которым и становятся только необходимые права и обязанности. Применительно к медицинским работникам, следует признать направленность нормативного регулирования их профессиональной деятельности на создание условий для качественного, полного и своевременного оказания медицинской помощи нуждающимся в ней лицам. Кроме того, целесообразность установления особых требований к деятельности медицинских работников объясняется тем, что знание и адекватное понимание, какое именно профессиональное поведение признается правомерным, помогают правильно оценивать потенциальные риски, связанные с оказанием медицинской помощи.

Профессиональный статус медицинских работников можно рассматривать как границы правомерного профессионального поведения лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, обеспечивающие возможность качественного выполнения им своих должностных обязанностей. Исходя из этого, можно сделать вывод, что содержание профессионального статуса медицинских работников составляет необходимый и достаточный комплекс нормативно закрепленных прав и обязанностей данной категории лиц, позволяющий определить основания и условия участия данных лиц в профессиональных отношениях.

В структуре профессионального статуса медицинских работников можно выделить две группы прав и обязанностей.

Первую группу образуют обязанности, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи, составляющие основу профессионального статуса медицинских работников. Предлагаем именовать их **первичными обязанностями**. К числу первичных обязанностей, установленных для медицинских работников законодателем статьей 73 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], отнесены следующие:

1. оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
2. соблюдать врачебную тайну;
3. совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
4. назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препа-

ратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

5. сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 года №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [2] и частью 3 статьи 96 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Кроме того, в ч. 1 ст. 72 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» указывается, что медицинские работники при осуществлении своей профессиональной деятельности должны руководствоваться нормами медицинской этики и деонтологии. Формулировка законодателя дает основание предположить, что соблюдение этических предписаний является обязанностью медицинских работников. Из данного положения следует, что права и обязанности, имеющие этическую природу, становятся необходимым и неотъемлемым компонентом профессионального статуса медицинских работников.

Как нетрудно заметить, приведенные выше обязанности в большей степени имеют связь с самой природой профессиональной медицинской деятельности. Именно они отражают целевую направленность профессиональной деятельности медицинских работников. Фиксация данных полномочий посредством обязывающих правовых норм, на наш взгляд, позволяет сделать вывод о том, что именно они являются системообразующими в профессиональном статусе медицинских работников. Полагаем, что данные обязанности составляют ядро профессионального статуса лиц, осуществляющих медицинскую деятельность. Они являются основой для выполнения медицинскими работниками их базовой профессиональной функции, их наличие делает акцент на том, в чем именно заключается сущность медицинской деятельности.

Во вторую группу входят права медицинских работников, не имеющие прямой связи с оказанием медицинской помощи населению, не играющие системообразующей роли при определении границ профессионального статуса, но принадлежащие им в связи с особенностями профессиональной деятельности, выполняющие

вспомогательную или второстепенную функцию (например, должностные полномочия некоторых категорий медицинских работников). Предлагаем именовать их **производными правами**. Рассмотрев данную группу прав, можно сделать вывод, что все они не имеют прямого отношения к оказанию медицинской помощи, в связи с чем представляется возможным отнести их ко второй группе, объединяющей производные права и обязанности. Это обусловлено тем, что выступая субъектами оказания медицинской помощи населению, медицинские работники нуждаются в определенных гарантиях поддержания должного уровня своих профессиональных знаний и умений и защите своих интересов. Следовательно, права, предоставляющие медицинским работникам возможность требовать соответствующих действий от работодателей, являются необходимым компонентом их профессионального статуса, но не определяющим сущность их профессиональной деятельности.

Часть 1 ст. 71 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» закрепляет права лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, на:

1. создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
2. профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
3. профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
4. прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;

5. стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
6. создание профессиональных некоммерческих организаций;
7. страхование риска своей профессиональной ответственности.

Кроме того, ч. 1 ст. 74 содержит ряд запретов для медицинских работников, а именно им запрещается:

1. принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;
2. заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);
3. получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);
4. предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную и (или) неполную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;
5. осуществлять прием представителей компаний, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, направленных на повышение их профессионального уровня или на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности лекарственных препаратов и мониторинга безопасности медицинских изделий;
6. выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.

Как можно заметить, данные ограничения вытекают из производных прав медицинских работников и направлены на исключение стороннего вмешательства в осуществление их профессиональных полномочий.

Подобное структурирование прав и обязанностей, составляющих профессиональный статус медицинских работников, на наш взгляд, в случае уголовно-правовой оценки конкретного деяния соответствующих лиц позволяет проанализировать направленность данного деяния и в дальнейшем может служить основой для характеристики объекта преступления, раскрыть содержание субъективной стороны деяния, мотивацию преступного поведения. Так, например, неисполнение первичных прав и обязанностей, напрямую связанных с оказанием медицинской помощи, способно повлечь за собой причинение вреда жизни или здоровью пациента.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 22.11.2011.*

2. *Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Российская газета. №78. 14.04.2010.*

Об авторе:

Кирова Татьяна Александровна – ассистент кафедры уголовного права и прокурорского надзора Пермского государственного национального исследовательского университета, 614068, Пермь, ул. Букирева, 15; преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26; e-mail: criminalaw@mail.ru, tanumtseva@mail.ru

Kirova Tatiana A. – assistant of the Department of Criminal Law and Prosecutorial Perm State National Research University, assistant of the Department of Jurisprudence Perm State Medical University of a name of the academician E.A. Wagner, Perm

© Кирова Т.А., 2017

Кузнецов С.В.

ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА РАБОТЫ БАЛТИЙСКОГО СООБЩЕСТВА КРИМИНАЛИСТОВ

В статье рассматривается опыт организации и годовой работы добровольного сообщества криминалистов, судебных экспертов и юристов для обмена передовым практическим опытом, а также рассмотрения актуальных научных вопросов и решения профессиональных теоретических проблем.

Ключевые слова: *гражданско-правовое сообщество; судебно-медицинская экспертиза; юриспруденция; криминалистика.*

Kuznetsov S.V.

THE RESULTS OF THE FIRST YEAR OF WORK OF THE BALTIC COMMUNITY FORENSICS

The article discusses the experience of the organization and the annual volunteer community of criminalists, forensic experts and lawyers to exchange best practices and discuss current scientific issues and professional solutions of theoretical problems.

Key words: *civil community; forensic examination; jurisprudence; criminalistics.*

30 сентября 2016 года автором данной статьи в ходе собрания 9 специалистов было предложено создать сообщество криминалистов, судебных экспертов и юристов для обмена передовым практическим опытом, а также рассмотрения актуальных научных вопросов и решения профессиональных теоретических проблем, именовать указанное сообщество Сообществом Балтийских криминалистов (Сокращенное наименование – «СБК»).

В ходе первого собрания были закреплены следующие положения:

1. Формой регулирования деятельности СБК считать «гражданско-правовое сообщество» (в соответствии с Главой 9.1. Гражданского кодекса РФ «Решения собраний» [1, с. 2]), не предусматривающее образование юридического лица. Регион деятельности СБК – Северо-Западный федеральный округ РФ. За создание СБК единогласно проголосовали все 9 участников собрания.

2. Правовые последствия создания СБК и принятия им решений:

- СБК не является общественным объединением (организацией), в силу чего участниками СБК могут быть приняты любые физические лица, руководствующиеся профессиональным интересом и свободным волеизъявлением (разработана форма заявления о принятии в СБК). Заявление о принятии в СБК не требуется от лиц, свободно волеизъявивших о создании СБК на собрании №1 от 30 сентября 2016 года;
- Изменение профессиональной деятельности в пределах криминалистической, судебно-экспертной и юридической компетенций, а также смена места жительства на другой регион не являются основаниями для исключения из участников СБК. Основаниями для исключения из участников СБК могут быть свободное волеизъявление соответствующего участника сообщества (разработана форма заявления об исключении из СБК), а также систематический (более трех раз подряд) пропуск собраний;
- Основной целью деятельности СБК является научная и познавательная деятельность по совершенствованию криминалистического сопровождения следствия и суда;
- Деятельность СБК основывается на принципах добровольности, равноправия, самоуправления и законности. СБК осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией РФ, Гражданским кодексом РФ, иными нормативно-правовыми актами РФ и общепризнанными международными принципами, нормами и стандартами;
- Особенностью решений собраний является то, что голосование большинства участников порождает правовые последствия для всех участников сообщества (независимо от неявки других участников сообщества, а также иного мнения меньшинства участников в отношении принятия решения, выносимого на голосование);
- Решения собраний СБК принимаются посредством открытого голосования участников СБК, присутствующих на соответствующем собрании. Решение считается принятым, если за него проголосовало большинство участников собрания и при этом в собрании участвовало не менее пятидесяти процентов от общего числа участников СБК. В случае если указанный кворум не достигнут, собрание может быть проведено без принятия решения. Сведения о лицах, голосовавших против принятия решения, по их требованию могут быть внесены в протокол. Результаты голосования и принятые решения указываются в протоколе данного собрания и оформляются за подписями секретаря и председателя СБК (или лиц их замещающих);
- Собрания СБК проводятся очно. Решение собрания СБК оформляется в письменной форме в виде протокола. Протокол оформляется в двух экземплярах, один из которых хранится в архиве у секретаря СБК вместе с заявлениями участников СБК, второй в архиве у председателя СБК;
- Председатель СБК выполняет координационную функцию деятельности СБК, а также представительную функцию среди других аналогичных сообществ и общественных объединений (организацией);
- Секретарь СБК выполняет совместно с председателем СБК координационную функцию деятельности СБК, а также осуществляет документальное сопровождение данной деятельности (оповещение участников СБК о предстоящих собраниях, оформление повесток дня предстоящих собраний, подсчет голосов при голосовании, протоколирование очередных собраний СБК и др.);
- Секретарь СБК заменяет председателя СБК в случае отсутствия последнего на собрании, а также назначает в качестве своего заместителя на период данного собрания одного из участников СБК. В случае отсутствия на собрании секретаря СБК, его функцию исполняет один из участников собрания СБК, назначаемый председателем СБК. В случае одновременного отсутствия на собрании СБК председателя и секретаря, собрание не проводится. Также собрание СБК не проводится в случае присутствия на собрании СБК менее трех его участников;

- Участники СБК заблаговременно информируют председателя о необходимости обсуждения тех или иных профессиональных вопросов, желании выступить с докладом. С инициативой о выступлении может обратиться также любое физическое лицо, если тема его доклада соотносится с целью деятельности СБК. Собрание СБК проводится также для рассмотрения вопроса о принятии в СБК нового участника, в таком случае очное присутствие данного лица необходимо при отсутствии его письменного заявления;
- В случаях отнесения вопроса (доклада), выносимого на собрание, к компетенции деятельности СБК, председатель дает поручение секретарю о включении данного вопроса в повестку дня очередного собрания. Очередные собрания СБК проводятся по мере возникновения необходимости их проведения;
- Место очередного собрания участников СБК не является строго фиксированным, определяется председателем СБК, равно как и время. При этом место и время собрания выбираются исходя из реальной возможности проведения собрания СБК с максимальным количеством его участников;
- Повестка дня, место и время очередного собрания в обязательном порядке указываются секретарем СБК при оповещении участников СБК. Оповещение участников СБК о месте и времени предстоящих собраний осуществляется не менее чем за три рабочих дня, посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресам «электронной» почты, указанным в заявлениях участников СБК, а также в ходе личных встреч (если последнее легче осуществимо);
- Положения, изложенные в пункте 2, образуют свод правил СБК, с которыми могут быть ознакомлены вступающие в сообщество участники.

3. В качестве председателя СБК единогласно выбран кандидат медицинских наук, юрист, эксперт экспертно-криминалистического отдела управления криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу (являющийся по совместительству доцентом кафедры уголовного и административного права ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный аграрный университет») Кузнецов Семён Валерьевич.

4. В качестве секретаря СБК единогласно выбран эксперт экспертно-криминалистического отдела управления криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу, студент 2 курса магистратуры Факультета судебных экспертиз и права в строительстве и на транспорте Санкт-Петербургского Государственного архитектурно-строительного университета Пучков Александр Анатольевич.

За период работы с 30 сентября 2016 года по 29 сентября 2017 года проведено 3 собрания СБК, в ходе которых участники сообщества доложили свои передовые научные разработки, также открыто опубликованные в научно-практических изданиях:

- на собрании №1 от 30 сентября 2016 года рассмотрена и одобрена к использованию методика производства судебно-генетических экспертиз, обозначенная как «Методика безрасчетной судебно-генетической идентификации» [4, с. 125; 5, с. 85] (авторы: Пучков А.А., Лаврентьев В.П., Кузнецов С.В.; докладчик: Пучков А.А.). Присутствовало 9 участников сообщества, которые единогласно проголосовали «За»;
- на собрании №2 от 17 марта 2017 года рассмотрена и одобрена к использованию методика производства судебно-медицинских экспертиз, обозначенная как «Методика производства судебно-медицинских экспертных исследований по «врачебным» преступлениям с материальным составом» [3, с. 28] (автор и докладчик: Кузнецов С.В.). Присутствовало 7 участников сообщества, которые единогласно проголосовали «За»;
- на собрании №3 от 10 июля 2017 года рассмотрена и одобрена к использованию методика производства судебно-генетических экспертиз, обозначенная как «Методика безрасчетной судебно-генетической идентификации с применением частот встречаемости аллелей азиатской популяции» [2, с. 208] (авторы: Кузнецов С.В., Лаврентьев В.П., Пучков А.А., докладчик: Кузнецов С.В.). Присутствовал 1 кандидат для принятия в СБК и 8 участников сообщества, которые единогласно проголосовали «За».

Также за вышеуказанный период в СБК принято еще 2 новых участника, один из которых является работником Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, второй – сотрудником экспертно-криминалистического центра Главного управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

О начале деятельности СБК было официально объявлено на 674-ом пленарном заседании Санкт-Петербургского научного общества судебных медиков, которое проводилось 19 октября 2016 года.

Таким образом, работа СБК ведется на систематическом уровне и ждет принятия новых участников сообщества. Всю интересующую информацию о деятельности можно получить от председателя СБК в ходе переписки на адрес электронной почты: sbk000@yandex.ru.

Список литературы:

1. *Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ (с изменениями, внесенными Федеральным законом от 07 мая 2013 года №100-ФЗ) // Российская газета №99 от 13 мая 2013 г.*
2. *Кузнецов С. В., Лаврентьев В.П., Пучков А.А. Методика безрасчетной судебно-генетической идентификации с применением частот встречаемости аллелей азиатской популяции // Сборник материалов международной научно-практической конференции: Сотрудничество Китая и России в рамках инициативы «Один пояс, один путь». М., 2017. С. 208-214.*
3. *Кузнецов С. В. Методика судебно-медицинских экспертных исследований по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2017. №6 (76). С. 28-32.*
4. *Пучков А.А., Лаврентьев В.П., Кузнецов С. В. Методика установления тождества объектов, содержащих ДНК одного лица, без применения вероятностно-статистической оценки // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2016. №2 (8). С. 125-128.*
5. *Пучков А.А., Лаврентьев В.П., Кузнецов С. В. Методика безрасчетной судебно-генетической идентификации применительно к чрезвычайным ситуациям // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2016. №3. С. 85-89.*

Об авторе:

Кузнецов Семён Валерьевич – эксперт экспертно-криминалистического отдела управления криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу, майор юстиции; доцент юридического факультета Санкт-Петербургского государственного аграрного университета, кандидат медицинских наук, юрист, Санкт-Петербург, 188676, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, п. Щеглово, д. 71, кв. 16, e-mail: nachsml@mail.ru

Semyon Valerevich Kuznetsov – expert forensic division of the department of criminology, Main investigation department of the Investigative committee of the Russian Federation in Saint-Petersburg, justice major; associate professor of law faculty, St. Petersburg state agrarian university, PhD, jurist, Saint-Petersburg.

© Кузнецов С.В., 2017

Мамедова Вафа Ягубали кызы, Мамедов Вугар Курбан оглы

ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ КАК ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА БИОЭТИКИ И МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Статья отражает необходимость развития биоэтики и медицинского права в единой связке как ответ на те кардинальные изменения, происходящие в здравоохранении в современных условиях. Авторы подчеркивают, что соблюдение прав пациентов должно находиться во главе угла подобного развития, при этом необходимо уделять большое внимание биоэтическому и правовому просвещению и образованию медицинских работников и руководящих сотрудников органов здравоохранения. Подчеркнута роль судебно-медицинских экспертов в этой деятельности. Отсутствие в национальном здравоохранительном праве терминов «коррупция» и «коррупционные деяния» при актуальности данной проблемы в реальных условиях также отмечается как потребность в усовершенствовании нынешней законодательной базы.

Ключевые слова: *биоэтика, медицинское право, биоэтика и медицинское право, права пациентов, защита прав пациентов, биоэтическое образование, коррупция в здравоохранении.*

Mammadova Vafa Yaqubali qizi, Mammadov Vugar Qurban oglu

PATIENTS RIGHTS PROTECTION AS MAIN TASK OF BIOETHICS AND MEDICAL LAW IN MODERN CONDITIONS

This article reflects necessity of bioethics and medical law development as response to those core changes of health happened in modern conditions. Authors stress that patients rights protection must be placed in the key role of such development. Bioethical and legal education of medical workers and health managers should be paid most attention. Role of forensic medical experts in this activity is also stressed. Absence of terms «corruption», «corruption actions» in national health legislation in conditions when health corruption problem is rather actual in real life also is noted as need of improvement for present health legislative base.

Key words: *bioethics, medical law, bioethics and medical law,patients rights, protection of patients rights, bioethical education, corruption in health.*

Исторический и логический анализ развития этики, как науки о моральных ценностях, и организации врачевания, здравоохранения приводит к выводу, что современной формой медицинской этики является биоэтика, режим которой позволяет включать в себя все существующие до сих пор исторические модели этики – теории Гиппократа, Парацельса, Канта, деонтологическую модель и современную модель биоэтики. Принципы и нормы биоэтики, принятые мировым сообществом под эгидой ЮНЕСКО и отраженные во Всеобщей Декларации о Биоэтике и Правах Человека, рассматриваются в контексте их применения в различных направлениях современной медицинской практики и имеют четко очерченную правовую сущность [2]. Фундаментальными ценностями, которые были привнесены биоэтикой в систему взаимоотношений пациента с врачом, стали человеческое достоинство, автономность индивида, информированное согласие, свобода воли и выбор, справедливость. Международный опыт показал, что наиболее оптимальным в науке и практике сегодня является юридическая модель решения биоэтических проблем, которая ставит во главу угла соблюдение прав пациента [5; 8]. В соответствии с принципом автономности и уникальности личности, право в биоэтике расставляет акценты на индивидуальности принимаемого решения. **Вследствие этого биоэтику и медицинское право надо рассматривать в единой связке: и как науку, и как обязательный предмет изучения как на до-дипломном, так и последипломном уровне высшего образования медиков и юристов, и как инструмент общественного, публичного контроля по защите прав человека в системе здравоохранения, медицине и биологии. Исходя из этих же аргументов, ЮНЕСКО рекомендует внедрение курса биоэтики и медицинского права в систему высшего образования [4].**

Взгляды на право, его происхождение, место и роль в системе нормативного регулирования меняются по мере развития общества, зрелости научной правовой мысли, разных объективных и субъективных факторов. Если исходить из того, что право – это система общеобязательных правил поведения, которые устанавливаются и охраняются государством, выражают общие и индивидуальные интересы населения страны и выступают государственным регулятором общественных отношений, то вырисовывается та историческая целесообразность и необходимость зарождения новой отрасли права – медицинского или биоэтического права. Возникновение медицинского права исходит из социальных потребностей современного цивилизованного общества и должно

предлагать те меры поведения в сфере здравоохранения, устанавливаемые и охраняемые государством, которые наиболее в полной мере отвечают интересам людей. Необходимо отметить, что основным источником для медицинского права стали международно-правовые документы в области защиты прав человека и его основных свобод, сфере защиты прав пациентов, охраны здоровья в силу интенсивного в последние годы внедрения с медицину и биологию новых технологий, бизнеса и коммерции.

Принцип уважения прав и свобод человека, признание и уважение человеческого достоинства становятся основными моральными принципами биоэтики. Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики – вопроса об отношении врача и пациента. Как известно, патернализм работал в режиме неоспоримого приоритета или «первичности» авторитета врача. Сегодня в условиях, когда здравоохранение функционирует в формате бизнеса и предложения услуг, и пациент превратился в потребителя и клиента, а врач вошел в статус оплачиваемого поставщика этих профессиональных услуг, назрела необходимость того, чтобы больной активно принимал участие на равных правах в принятии врачебного решения. Это формирует новый формат взаимоотношений между врачом и пациентом, пациентом и системой здравоохранения вообще.

Одной из больших угроз для развития здравоохранения в настоящее время мы рассматриваем коррупцию, которая как ржавчина разъедает все доброе, потому что в основе лежат корыстные мотивы и действия или бездействия вопреки интересам общества и государства. Коррупция в системе здравоохранения не только нарушение правовых норм, но оно абсолютно аморально, ибо ущемляет интересы как правило самых уязвимых групп населения, больных, находящихся на достаточно серьезных стадиях заболевания в условиях отсутствия полномасштабного медицинского страхования в стране. С другой стороны, и здесь, опыт развитых зарубежных стран с низким уровнем коррупции показывает, что самой эффективной формой и методикой профилактики и борьбы с коррупцией наряду с уголовно-правовой составляющей является формирование антикоррупционного

мировоззрения, основанного на воспитании и развитии морально-этических ценностей, создания механизмов общественного и публичного контроля над деятельностью государственных органов и расходованием бюджетных средств.

Забота о здоровье населения является одной из важнейших задач любого государства. Строящиеся и ремонтируемые в большом количестве в городах и районах Азербайджанской Республики (АР) больницы, поликлиники и другие медицинские учреждения, широкомасштабная медицинская помощь населению, большое количество лечебно-профилактических мероприятий, проводимых в нашей стране, включая массовые медицинские осмотры населения в различных регионах, проводимые по инициативе Президента АР, должны сочетаться с высокой требовательностью к качеству лечебно-профилактической работы. Упущения и недостатки в данной сфере, иногда неправильные, а иногда незаконные действия медперсонала могут приводить к большому негативному общественному резонансу, служить основанием для общественного порицания и осуждения, сводить на нет усилия всей системы здравоохранения, и безусловно, к привлечению врача, руководителей здравоохранения к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности. Достаточно вспомнить общественный резонанс прошлого года в связи со случаем гибели тройни гражданки Мирзабиты Абдуллаевой в Сальянском районе, где дети были помещены после родов в аппарат для интенсивной оксигенации на ночь, а затем больница была обесточена, а запасной генератор больницы был неисправен, а также случай ошибочной ампутации здоровой правой ноги 82-летней пациентки Тарлан Алиевой в Ангиологическом Центре Минздрава АР, несмотря на то, что операбельная гангрена находилась на левой нижней конечности [9].

Принимая во внимание, что право:

1. должно выражаться в нормативной форме, отражающей требования общечеловеческой справедливости, равноправия, гуманности, служить интересам общества в целом;
2. должно быть системным, то есть все нормативно-правовые акты государства должны создавать иерархическую систему;

3. должно быть общеобязательным и поддерживаться в необходимых случаях принудительной силой государственного аппарата;
4. должна иметь формальную определенность и выражаться в письменной форме в официальных источниках,

можно прийти к выводу, что медицинскому праву в Азербайджане предстоит еще пройти немалый путь с привлечением юристов, медиков, социологов и других специальностей, чтобы проанализировать настоящую ситуацию в сфере здравоохранения, определить насущные проблемы населения и пути защиты прав человека в данной области.

В последние 20 лет у нас в стране остро чувствуется потребность совершенствования законодательной базы в области медицинского права, так как в жизни общества, и в том числе в системе здравоохранения, произошли революционные изменения. Изменения в социально-политической жизни, переход от социалистических принципов к рыночной экономике, от бесплатной медицины к платной, появление частной медицины обусловливают ситуацию, когда моральные ценности порой перекрываются интересами бизнеса, предпринимательства, капитала. Мораль советского врача осталась в прошлом. Уверенность в том, что врач частного медицинского учреждения в любой момент свободен исполнить клятву Гиппократа в условиях интересов и требований частной клиники, иссякла. Достаточно ли защищены пациенты перед лицом такого отношения со стороны врачей и клиник? Эту защиту должно предоставить медицинское право. Возвращаясь к актуальной проблеме коррупции, например, в отечественном законодательстве здравоохранения нигде не используется определения «коррупция», «коррупционные преступления», «деяния коррупционного характера». При том, что социологические опросы показывают, что сфера здравоохранения является одной из самых коррумпированных областей, законодательство этой сферы эти понятия обходит.

Законодательная база в области здравоохранения в настоящее время насчитывает около 30 принятых законов. Основной закон, обеспечивающий защиту прав пациентов – Закон «Об охране здоровья населения» (1997), а также несколько десятков других законов и нормативных актов в области здравоохранения: «О медицинском страховании», «О фармацевтической деятельности», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и др. Но надо констатировать тот факт, что нормативное регулирование в здравоохранении не способно сегодня предложить правовое разрешение конфликтогенности противоречий между научно-техническими достижениями и морально-этическими ценностями, интересами врачебной этики и интересами работодателя. Многие положения указанных законов должны обеспечиваться рядом подзаконных актов, административных ведомственных директивных документов, правовыми обычаями, принципами и правилами национальной этики, морали и нравственности. Механизмы исполнения тех или иных положений этих законов законодателем не прописаны. В соответствии с международными актами в этой области, принятыми АР, необходим действующий пакет правовых норм, состоящий из ряда законов, таких как «О защите прав пациента», «Об этических комитетах», «О правах и роли работников здравоохранения», «О паллиативной службе», «О генетической конфиденциальности и недискриминации», «Об информированном согласии», «О геноме человека», а также государственные доктрины образовательной и просветительской политики. Очень важно, необходимо выработать также механизмы по правоприменению разрабатываемых и принимаемых законодательных норм [3]. Основной Закон Азербайджанской Республики «Об охране здоровья населения», принятый в 1997 году с последующими принятыми к нему поправками, является базовым для всей сферы здравоохранения Азербайджанской Республики и системообразующим актом для всех иных законов и нормативно-правовых актов, составляющих законодательство здравоохранения страны. В предмет регулирования данного закона должны входить все группы общественных отношений в системе здравоохранения:

- правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- полномочия и ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;

- права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- права и обязанности медицинских и фармацевтических работников.

При внимательном же изучении данного Закона, особенно в историческом ретроспективном ракурсе, по истечении 20-ти лет с момента его принятия, видно, что, хотя на момент его принятия, возможно, он и имел определенно прогрессивный характер, но требованиям сегодняшнего дня он уже не отвечает. То тут, то там, мы видим лишь отсылки на «порядок, установленный законодательством». А зачастую, такой порядок законодателем или не предусмотрен, или же был предусмотрен, но так за 20 лет действия Закона так и не заработал. «Суха теория, мой друг, но древо жизни зеленеет» цитата из Гете. Поэтому настало время, когда социальная необходимость и государственная заинтересованность должны привести профессиональную медико-правовую мысль и знания в сферу здравоохранения.

В цивилизованных обществах профессиональная медицинская и фармацевтическая деятельность должна особо четко регламентироваться действующим законодательством. Нынешнее состояние наших законов здравоохранения, показывает, что им не хватает полноты, охвата всех важных сегментов в области их применения, отсутствует системность и концептуальная оформленность с точки зрения научной правовой мысли, а также механизмы исполнения тех или иных положений в конкретных ситуациях на практике. Возможной причиной этих пустот является на наш взгляд то, что разработкой этих законопроектов занимались в основном врачи, а специалисты медицинского права активно не привлекались. Очевидно, что ни одна из задач в области здравоохранения без участия медиков не может быть решена – нужны специальные познания в области медицины и здравоохранения. Но чисто медицинский подход, как показывает международный опыт и национальная практика – недостаточен. Надлежащее разрешение этих вопросов возможно лишь на основе комплексного медико-правового подхода. Для его обеспечения **появляется необходимость получения некоторыми медиками и представителями органов здравоохранения второго – юридического образования. Медико-правовой подход могут обеспечить те, кто изучал основы теории права, избранные вопросы уголовного права и уголовного процесса, гражданского права и гражданского процесса, административное право, криминологию, теорию судебной экспертизы и криминалистики.** Поэтому, наверное, как и во всем мире, так и на постсоветском пространстве пионерами медицинского права становились судебные медики. Судебная медицина – отрасль медицины, а судебно-медицинская экспертиза – отрасль здравоохранения, которая очень тесно соприкасается с правовыми науками и правоохранительной деятельностью. В отличие от западной, советская судебная медицина исторически по своему положению была призвана строить свою деятельность по двум основным направлениям:

- оказание помощи правоохранительным органам в разрешении вопросов медико-биологического характера;
- оказание помощи органам здравоохранении в разработке нормативной политике, анализе заболеваемости-смертности, профилактики врачебных ошибок и т.д. [8].

Второе направление сегодняшней судебно-медицинской службы практически атрофировано, и отечественное здравоохранение, к сожалению, не показывает интереса в его развитии.

И конечно же, с другой стороны, важную роль в этом плане может сыграть развитие биоэтического движения, создание этических комитетов и комиссий в научно-исследовательских и лечебных учреждениях. В формировании этического и правового самосознания медицинского сообщества громадное значение имеет введение курсов биоэтики и медицинского права в медицинских учебных заведениях всех уровней, а преподавание этого курса на юридических факультетах повысит понимание будущими юристами важности обеспечения прав человека на жизнь и здоровье. Архиважно инициирование подобных курсов для руководящего состава высшего и среднего звена системы здравоохранения. Большинство нынешних руководителей медицинских учреждений и аппарата министерства недостаточно осведомлены о содержании международно-правовых документов в области

прав человека и его свобод в системе здравоохранения, к которым присоединилась АР и носят характер законов страны.

По нашему мнению, смысл биоэтики как особой разновидности интеллектуальной деятельности и социальной практики заключается в попытке обнаружить возможности диалога и солидарности граждан в защите добра и противостоянии злу в ситуациях, порожденных современной медициной. Практика биоэтики постепенно формирует язык публичного обсуждения острейших жизненно важных проблем у людей, принципиально по-разному объясняющих, что истинно, а что ложно. Возникает насущный для граждан правового государства навык достижения согласия в различении добра и зла.

Для АР характерны приоритеты самоценности жизни, нравственного отношения к ней как фундаментальной, общечеловеческой ценности. Руководство страны в лице ее Президента Ильхама Алиева, а также Первого Вице-Президента, Первой Леди страны, Президента Фонда Гейдара Алиева, Посла Доброй Воли UNESCO и ISESCO госпожи Мехрибан Алиевой уделяют большое внимание как развитию здравоохранения, образования и науки, с одной стороны, так и этики и толерантности с другой [6]. Это создает большие возможности и предпосылки в формировании позитивного общественного отношения гражданского общества к вопросам биоэтики. И действительно, в области развития биоэтики Азербайджан в последние 10 лет сделал очень важные и большие шаги, отмеченные по ходу диссертационной работы. Г-жа М. Алиева была отмечена специальными наградами со стороны ЮНЕСКО, ВОЗ и Всемирной Ассоциации Медицинского Права (ВАМП) за особый вклад в дело развития и продвижения биоэтики и медицинского права.

Сколь бы ни была высока ценность объективного знания, она во всех случаях должна быть соизмерима с не менее, а часто более существенными социальными ценностями, которые могут быть сформулированы в виде основных биоэтических принципов: 1) уважения человека как личности; 2) благотворительности и милосердия; 3) справедливости; 4) солидарности; 5) равноправия и равномерного распределения благ; 6) недопущения дискриминации и стигматизации. Коррупция как социальное, международное, аморальное и противоправное явление нарушает, ущемляет все эти принципы. Поэтому во всех развитых странах в настоящее время данным вопросам уделяют колоссальное значение. Этическое воспитание, просвещение, образование, создание этических комитетов – единственный инструмент сегодня, позволяющий сохранить и защитить добро в медицине и здравоохранении и противостоять жесткому и прагматичному бизнесу и желанию обогащаться, активно поддерживаемый ЮНЕСКО. Программа ЮНЕСКО по Биоэтике входит в число приоритетных направлений данной специализированной организации ООН с 1993 года. Принят ряд деклараций, кодексов, правил, которые призваны определить этические нормы поведения врачей, юристов, государственных служащих и других. Если взять к примеру, систему здравоохранения, то во многих странах (Франции, ФРГ, Италии, Швейцарии, США, РФ, Казахстан и др.) существуют национальные деонтологические и этические кодексы, за надлежащим выполнением которых следят этические комитеты или омбудсманы. Ряд документов носит международный характер: Женевская декларация (1948), Международный кодекс медицинской этики (Лондон, 1949), Хельсинки-Токийская декларация (1964, 1975), Сиднейская декларация (1969), декларация, касающуюся отношения врачей к пыткам (1975), и др. [1]. Однако в международных документах по вопросам медицинской деонтологии не всегда учитываются конкретные условия жизни той или иной страны, национальные особенности. Поэтому соответствующим органам в АР, в первую очередь при плотном сотрудничестве соответствующих структур исполнительной власти с Комитетом по Здравоохранению Милли Меджлиса и Национальным Комитетом ЮНЕСКО по Биоэтике, Этике Науки и Технологий при Президиуме Национальной Академии Наук Азербайджана требуется начать разработку таких деонтологических и этических кодексов, содержащих основные биоэтические принципы и защиту прав человека в здравоохранении, и после утверждения активно внедрять их в образовательный и просветительский процесс.

Список литературы:

1. *«Биоэтика: документы, термины.» Баку: Елм (Наука), Под ред. А.И. Мустафаевой. 2009.*
2. *Всеобщая Декларация ЮНЕСКО о Биоэтике и Правах Человека. // «Биоэтика: документы, термины.» Баку: Елм (Наука), Под ред. А.И. Мустафаевой. 2009.*
3. *«Законодательство здравоохранения АР». Баку, Ганун (Закон), 2006.*
4. *Состояние преподавания биоэтики в системе медицинского образования в государствах-участниках СНГ (аналитический обзор) / Под ред. О.И. Кубарь. Санкт-Петербург, 2010. 79 с.*
5. *Human rights in patient care: a practitioner guide / Under scientific editing of Senyuta I. Ukraine. Lviv, Publishing House «Medicine and Law», 2012. 497 p.*
6. *Mammadov V.Q. Bioethics-Azerbaijan. Chapter in book: R.G.Beran (ed.), Legal and Forensic Medicine. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013. P. 1171-1115.*
7. *Mammadov V.Q. Forensic Medicine (ingilis dilində) («Məhkəmə təbabəti») // Dərslik.. Bakı, 2012. 536 s.*
8. *Mammadov V.Q. Patients' Rights: the central aspect of a modern health system. / Abstracts Book of the 51st Annual Meeting «Medicine and Law for Healthcare Professionals» of ACLM (American College of Legal Medicine), Las-Vegas, USA, 24-27 February 2011, p. 82.*
9. *https://youtube/6m1Wc435UXU*

Об авторах:

Мамедова Вафа Ягубали кызы – Старший научный сотрудник Института права и прав человека Национальной Академии Наук Азербайджана, г. Баку, Азербайджан, e-mail: vafa_mammadova12@mail.ru

Мамедов Вугар Курбан оглы – Вице-президент Всемирной Ассоциации Медицинского Права, Вице-президент Европейской Ассоциации Медицинского Права, доктор медицинских наук, профессор, юрист, профессор Азербайджанского Медицинского Университета, г. Баку, Азербайджан, e-mail: vumammadov@yahoo.com

Mammadova Vafa Yaqubali qizi – Leading scientific worker of the Institute of Law and Human Rights, National Academy of Sciences of Azerbaijan Republic, Baku, Azerbaijan

Mammadov Vugar Qurban oglu – Vice-president, World Association for Medical Law, Vice-president, European Association of Health Law, Doctor of Medicine, Professor, Lawyer, Professor of Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

© Мамедова Вафа Ягубали кызы, Мамедов Вугар Курбан оглы, 2017

Морозов Д.А., Яновский А.С., Коршиков С.С., Селезнев Г.И.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Статья посвящена анализу правоприменительной практики, законодательства и судебной практики в сфере обеспечения прав на охрану жизни и здоровья медицинских работников при осуществлении ими служебной деятельности.

Ключевые слова: *безопасность медицинских работников; правоприменительная и судебная практика, законопроект.*

Dmitry A. Morozov, Artem S. Yanovskiy, Sergey S. Korshikov, Grigoriy I. Seleznev

LEGAL ASPECTS OF LIFE AND HEALTH PROTECTION OF HEALTH PROFESSIONALS

The article concentrates on the analysis of the case law, legislation and court practice related to protection of the rights of health professionals for life and health protection at work.

Key words: *protection of health professionals, case law and court practice, draft law.*

Одним из наиболее актуальных и приоритетных направлений деятельности Комитета Государственной Думы по охране здоровья, является решение вопроса по эффективному противодействию распространения случаев насилия в отношении медицинских работников в России.

Случаи нападения на медицинских работников и водителей машин скорой помощи происходят с пугающим постоянством, в связи с этим необходим тщательный анализ ситуации, сложившейся в стране.

Так, 20 октября текущего года в городе Архангельске совершено очередное нападение на врача скорой помощи. Возбуждено уголовное дело [1]. В городе Пушкино Московской области 18 октября был избит водитель скорой помощи, причинен легкий вред здоровью [2].

Причинение легкого вреда здоровью – это незначительная, но стойкая утрата общей трудоспособности и, в результате, отсутствие возможности полноценно исполнить свои должностные обязанности. Помимо последствий в виде легкого вреда здоро-

вью, нанесение побоев, в большинстве случаев, влекут за собой психологическую травму и причиняют медицинскому работнику существенный моральный вред.

В каждом из указанных случаев нападавшие находились в состоянии алкогольного опьянения. Необходимо отметить, что со времен Советского Союза опьянение до настоящего времени рассматривается как отягчающее обстоятельство при совершении преступления [3]. Это, безусловно, является превентивной мерой к лицам, злоупотребляющим спиртными напитками.

Возможно граждане, совершившие указанные преступления в должной степени не понимали то, насколько серьезные последствия могут повлечь их действия. Пострадавший в результате нападения медицинский работник лишается возможности оказать необходимую, нередко неотложную или экстренную, медицинскую помощь нуждающемуся в ней человеку. А в случае, если водитель скорой помощи не сможет вовремя доставить больного в медицинскую организацию, тот не получит столь необходимую ему помощь, которую можно оказать только в условиях стационара.

Приходится констатировать то, что, признание совершения преступления в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга согласно пункта «ж» части первой статьи 63 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – Уголовный кодекс) обстоятельством, отягчающим наказание, тем не менее, не останавливает злоумышленников, причиняющих вред здоровью медицинских работников и водителей автомобилей скорой помощи.

Вопиющий случай произошел в 2016 году в Орехово-Зуево. На врача-рентгенолога совершил нападение родственник пациента, в результате чего у врача были сломаны лицевые кости. Причинен вред здоровью средней тяжести. В октябре 2017 года нападавшему был вынесен приговор в виде ограничения свободы на 2 года и штрафа в размере 90 тысяч рублей [4]. Вместе с тем согласно части 2 статьи 112 Уголовного кодекса указанные насильственные действия в отношении лица в связи с осуществлением

данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга, либо из хулиганских побуждений могут наказываться лишением свободы до 5 лет. При этом, по имеющейся информации, преступник уже неоднократно привлекался к уголовной ответственности.

По мнению Комитета по охране здоровья, приговор не в полной мере соответствует принципу справедливости, изложенному в статье 6 Уголовного кодекса, так как совершенно несправедлив и не соответствует характеру и степени общественной опасности преступления, обстоятельствам его совершения и личности виновного.

Анализ вышеприведенной судебной практики ставит перед юристами и медицинским сообществом следующие вопросы:

- какую цель преследовал судья, назначив столь мягкое наказание?
- будут ли наши граждане в дальнейшем ощущать безнаказанность за совершение подобных поступков?

В Комитет по охране здоровья регулярно поступают обращения от профсоюзных организаций работников здравоохранения различных субъектов Российской Федерации и граждан с требованием усиления ответственности за противоправные действия, препятствующие осуществлению медицинскими работниками своих обязанностей по оказанию медицинской помощи. Врачебное сообщество крайне обеспокоено сложившейся ситуацией.

Согласно информации Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2016 году 1226 раз совершались противоправные действия, связанные с насилием в отношении медицинских работников, в том числе сотрудников скорой медицинской помощи, при исполнении ими служебных обязанностей, что в среднем составляет 1-2 нападения в месяц в субъекте России. В большинстве случаев нападавшие были привлечены к административной ответственности.

Вывод очевиден: на лицо сильнейший нравственный излом общества, в котором часть населения страны продолжает совершать противоправные поступки в отношении медицинских работников – тех людей, которые спасают их жизнь и здоровье. При

этом преступники не несут ответственности соразмерной их деяниям, которые имеют повышенную общественную опасность.

Ряд трагических событий в конце 2016 года и начале 2017 года, в том числе, случай произошедший 10 января 2017 года в городе Петропавловск-Камчатский, когда водитель легкового автомобиля не пропустил машину скорой медицинской помощи, вследствие чего бригада медиков потеряла драгоценные минуты и по приезду на вызов констатировала смерть, показал нам, что необходимо действовать безотлагательно [5].

В связи с этим инцидентом, Комитетом Государственной Думы по охране здоровья были направлены соответствующие запросы в Генеральную прокуратуру Российской Федерации и Следственный комитет Российской Федерации с просьбой взять на контроль расследование инцидента и квалификацию деяний его участников, с указанием на то, что водитель транспортного средства знал и был предупрежден, что бригада медицинских работников направляется для оказания медицинской помощи пациенту, находящемуся в критическом состоянии, а также имел возможность уступить дорогу.

В декабре 2016 года Комитетом Государственной Думы по охране здоровья был проведен «круглый стол», посвященный безопасности врачей и этическим вопросам их работы.

Минздраву России было рекомендовано:

- исследовать международный опыт привлечения к ответственности за покушение на жизнь, насильственные действия и оскорбление медицинских работников;
- с целью предотвращения конфликтных ситуаций с пациентами, продолжить работу по совершенствованию нормативной правовой базы, направленной на соблюдение этических и моральных норм медицинскими работниками.

Министерству внутренних дел Российской Федерации участники «круглого стола» рекомендовали усилить деятельность по предупреждению и пресечению преступлений и административных правонарушений в соответствии со статей 2 Федерального закона от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции», в части защиты жизни, здоровья и прав медицинских работников. При этом органам

управления здравоохранением субъектов Российской Федерации было рекомендовано взять на контроль все случаи нападения на медицинских работников, а также воспрепятствования осуществлению ими своих профессиональных обязанностей.

В апреле 2017 года в Государственной Думе состоялись Парламентские слушания по вопросам безопасности на дорогах, где была затронута проблема намеренного воспрепятствования проезду машин скорой помощи.

Кроме того, было проведено несколько встреч с представителями профессиональных медицинских и пациентских сообществ. Ряд общественных организаций, объединяющих медицинских работников, высказывали предложение отнести медицинский персонал бригад скорой медицинской помощи при исполнении ими служебных обязанностей к представителям власти.

Необходимо отметить, что в Государственной Думы находился на рассмотрении законопроект о внесении изменения в Уголовный кодекс, в части, изложения в новой редакции Примечания к статье 318 «Применение насилия в отношении представителя власти», в котором содержится определение понятия представителя власти как должностного лица правоохранительного или контролирующего органа, а также иного должностного лица, наделенного в установленном законом порядке распорядительными полномочиями в отношении лиц, не находящихся от него в служебной зависимости.

Согласно Официальному отзыву Верховного Суда Российской Федерации на данный законопроект, признание сотрудников бригад скорой медицинской помощи представителями власти, как это предлагалось законопроектом, привело бы к тому, что эти лица в случае совершения ими уголовно наказуемых деяний, предусмотренных главой 30 Уголовного кодекса, подлежали бы ответственности как субъекты должностных преступлений. Это следует из содержания примечания к статье 318 Уголовного кодекса, определяющего понятие представителя власти для целей не только данной нормы, но и других статей Уголовного кодекса.

Учитывая то, что действующие нормативные правовые акты также не предусматривают властных полномочий у медицинских

работников при осуществлении своей служебной деятельности, приравнивание их к представителям власти нецелесообразно, точно так же можно было поставить вопрос о водителях троллейбусов или работниках социальных служб.

Вместе с тем, в результате проделанной работы, были найдены те юридические формулировки, которые позволяют предусмотреть ответственность за причинение всех возможных последствий от легкого вреда здоровью до причинения смерти, для того, чтобы обеспечить безопасность работников, как стационарного звена, так и скорой медицинской помощи.

16 июня 2017 года Государственной Думой принят в первом чтении пакет законопроектов, направленных на усиление уголовной и административной ответственности за нападение на медицинских работников и воспрепятствование оказанию своевременной медицинской помощи пациентам.

Проектом федерального закона № 139437-7 [6] предлагается дополнить Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях [7] новой статьей 6.21 «Воспрепятствование оказанию медицинской помощи», предусматривающей административный штраф от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток за воспрепятствование законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи за исключением случаев, предусмотренных частями 2, 3 статьи 12.17 КоАП РФ (Непредоставление преимущества в движении маршрутному транспортному средству или транспортному средству с включенными специальными световыми и звуковыми сигналами).

В случае возникновения негативных последствий для жизни и здоровья пациента, ответственность за вышеуказанные противоправные действия будет наступать в соответствии с Уголовным кодексом Российской Федерации.

Также планируется ввести специальную норму, предусматривающую наступление административной ответственности за непредставление преимущества в движении скорой помощи, повлекшее неоказание либо оказание скорой медицинской помощи с нарушением установленных сроков, и установить ответственность в виде штрафа в размере тридцати тысяч рублей с лишением права управления транспортными средствами на срок от полутора до двух лет.

Законопроектом № 139439-7 [8] «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников» предлагается дополнить Уголовный кодекс новой статьей 1241, устанавливающей ответственность за воспрепятствование законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи путем удержания, угроз, создания препятствий по доступу к больному.

Согласно части 1 проектируемой статьи 1241, в случае, если такие деяния повлекли по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, предполагается наказание в виде штрафа в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.

Частью 2 статьи 1241 предлагается установить ответственность за вышеуказанные деяния, если они повлекли по неосторожности смерть больного или причинение тяжкого вреда его здоровью. Лицо, совершившее такие деяния, будет наказываться принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Также законопроект дополняет статью 115 Уголовного кодекса «Умышленное причинение легкого вреда здоровью» и статью 119 Уголовного кодекса «Угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью» квалифицирующим признаком в виде совершения соответствующих деяний в отношении лица в связи с осуществлением им служебной деятельности.

В результате за причинение легкого вреда здоровью медицинского работника суд будет вправе вынести приговор преступнику и наказать его лишением свободы на срок до двух лет.

Угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью врача может повлечь наказание вплоть до пяти лет лишения свободы.

Комитет Государственной Думы по охране здоровья совместно с ответственным Комитетом Государственной Думы по государственному строительству и законодательству проводит работу над указанными законопроектами с целью их скорейшего рассмотрения Государственной Думой во втором чтении.

Вместе с тем, основная цель Комитета Государственной Думы по охране здоровья – заложить основы формирования этико-правовых норм по уважительному отношению общества к медицинским работникам, выполняющим свой профессиональный долг по спасению жизни и сохранению здоровья людей.

Список литературы:

1. *http://arhangelsk.bezformata.ru/listnews/medika-skoroj-pomoshi-izbili/61958251/*
2. *https://www.vesti.ru/doc.html?id=2944802*
3. *Собрание законодательства Российской Федерации, 17.06.1996, № 25, ст. 2954*
4. *http://www.ntv.ru/novosti/1943262/*
5. *https://www.1tv.ru/news/2017-01-12/317669-v_petropavlovske_kamchatskom_chelovek_umer_iz_za_togo_chto_voditel_inomarki_otkazalas_ustupit_dorogu_skoroy_pomoschi*
6. *http://sozd.parlament.gov.ru/bill/139437-7*
7. *Собрание законодательства Российской Федерации, 07.01.2002, № 1 (ч. 1), ст. 1.*
8. *http://sozd.parlament.gov.ru/bill/139439-7*

Об авторах:

Морозов Дмитрий Анатольевич – Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, заведующий кафедрой детской хирургии и урологии – андрологии Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор, Москва, e-mail: chealth@duma.gov.ru

Яновский Артем Станиславович – Руководитель аппарата Комитета Государственной Думы по охране здоровья, e-mail: yanovskiy@duma.gov.ru

Коршиков Сергей Станиславович – Советник аппарата Комитета Государственной Думы по охране здоровья, e-mail: korshikov@duma.gov.ru

Селезнев Григорий Игоревич – Главный консультант аппарата Комитета Государственной Думы по охране здоровья, e-mail: gseleznev@duma.gov.ru

Dmitry Anatolevich Morozov – the Chairman of the State Duma Committee of healthcare, the Head of department of children surgery and urology – andrology at Faculty of pediatrics at The First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov's University), Doctor of Medical Science, professor, M.D., Moscow

Artem Stanislavovich Yanovskiy – the Head of the Staff of the State Duma Committee of healthcare, Moscow

Sergey Stanislavovich Korshikov – the Advisor of the Staff of the State Duma Committee of healthcare, Moscow

Grigoriy Igorevich Seleznev – the Senior-advisor of the Staff of the State Duma Committee of healthcare, Moscow

© Морозов Д.А., Яновский А.С., Коршиков С.С., Селезнев Г.И., 2017

Саукенова С.О.

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

На сегодняшний день суррогатное материнство является одним из самых эффективных методов разрешения проблем бесплодного брака. Республика Казахстан – одна из немногих стран, где возможность заключения договора суррогатного материнства закреплена в действующем законодательстве. Однако существуют и проблемные вопросы в сфере регулирования отношений при применении суррогатного материнства.

Ключевые слова: *суррогатное материнство; суррогатная мать; ВРТ.*

Saukenova S.O.

SURROGACY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN: LEGAL ASPECTS

Today surrogacy is one of the most effective methods of solution of problems of fruitless marriage. The Republic of Kazakhstan – one of the few countries where the possibility of signing of the contract of surrogacy is enshrined in the current legislation. However there are also problematic issues in the sphere of regulation of the relations at surrogacy application.

Key words: *surrogacy; surrogacy mother; ART.*

Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ) в нашей стране развивается очень стремительно. То, что раньше считалось фантастикой, сегодня позволяет бесплодным людям иметь собственных детей. Применение ВРТ – это один из способов обеспечения сохранения демографического потенциала населения нашей страны. Однако, законодательство и юридическая наука не успевают за техническим прогрессом в репродуктологии. Сегодня уже возникла необходимость урегулировать многие вопросы на законодательном уровне, изучить отношения по применению ВРТ, проблемы и пробелы их правового регулирования. В частности, законодательство Республики Казахстан вообще никак не регулирует отношения по вопросам посмертной репродукции, не до конца четко урегулированы вопросы суррогатного материнства, донорства половых клеток и другие.

Впервые в Казахстане договор суррогатного материнства был регламентирован статьей 17 Закона Республики Казахстан от 16 июня 2004 года №565 «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» (утратил силу в связи с принятием Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»). В 1999 году в Казахстане была успешно завершена программа суррогатного материнства в Центре ЭКО города Алматы, в результате которой родилась двойня [5].

По статистике до 15-16 процентов брачных союзов, заключенных в Казахстане, обречены на многочисленные и, увы, не всегда успешные попытки зачать и выносить ребенка. Около 35 процентов бесплодных пар (это примерно 7-8 тысяч семей в год) могут стать родителями только с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. По данным той же статистики в Казахстане ежегодно в программах суррогатного материнства участвуют более 200 пар. На сегодняшний день суррогатное материнство является самым эффективным методом разрешения бесплодного брака. Эффективность программ суррогатного материнства выше, чем в программе ЭКО и составляет 45-50%, то есть, у каждой второй супружеской пары с первой программы суррогатного материнства рождаются родные дети [5].

В действующем законодательстве Республики Казахстан договор суррогатного материнства предусмотрен главой 9 «Суррогатное материнство и применение вспомогательных репродуктивных методов и технологий» Кодекса Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье». Глава состоит из шести статей и содержит нормы о правах и обязанностях сторон договора, правовых последствиях его заключения, регулирует случаи рождения двойни, ответственность сторон в случае развода биологических родителей и т.д. Нововведением является обязанность сохранения тайны должностными лицами организаций здравоохранения, осуществляющих вспомогательные репродуктивные методы и технологии; нотариусов, удостоверивших договор суррогатного материнства.

Республика Казахстан – одна из немногих стран, где возможность заключения договора суррогатного материнства закреплена в действующем законодательстве. Однако существуют до сих пор проблемные вопросы в сфере регулирования отношений при

применении суррогатного материнства. Целью настоящей статьи является выявить эти проблемные вопросы и предложить пути их возможного разрешения.

Возмездно или безвозмездно?

Договор суррогатного материнства относится в категории консенсуальных договоров, так как он считается заключенным с момента достижения договоренности между сторонами в надлежащей форме по всем его существенным условиям. Договор имеет схожие признаки с договором возмездного оказания услуг, предусмотренным статьей 683 Гражданского кодекса Республики Казахстан, по которому исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги. По мнению Е.С. Митряковой, данный договор надо включить в перечень договоров возмездного оказания услуг. [11] Однако договор суррогатного материнства может иметь и безвозмездный характер (если суррогатной матерью является близкая родственница заказчиков). Поэтому полагаю, во-первых, что имеются все основания для выделения его в самостоятельный вид договоров. Во- вторых, суррогатными матерями могут стать и родственницы, которые желают помочь своим близким людям. Не многим бесплодным парам, даже при возможности оплатить услуги медицинской организации по применению вспомогательных репродуктивных методов и технологий, «по карману» заплатить вознаграждение суррогатной матери. Родственницам либо вовсе не придется оплачивать вознаграждение, либо оно будет гораздо меньше, что позволит большему количеству бесплодных пар воспользоваться программой суррогатного материнства. Предлагаю новую редакцию п. 34 ст. 1 «суррогатное материнство – вынашивание и рождение ребенка (детей), включая случаи преждевременных родов, по договору между суррогатной матерью и супругами (потенциальными родителями) либо женщиной, не состоящей в браке (супружестве) как с выплатой вознаграждения, так и на безвозмездной основе».

Стороны договора суррогатного материнства.

Из смысла **ст. 54 Кодекса Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье» вытекает, что** использование вспомогательных репродуктивных методов и технологий, применение которых на территории Республики Казахстан разрешено, производится при наличии бесплодия родителей и только состоящими в браке лицами. Т.Е. Борисова относительно первого вопроса полагает, что несправедливо по отношению к ребенку заранее лишать его права расти и воспитываться в полной семье. В отношении же второго вопроса, она считает, что было бы неправильным превращать метод суррогатного материнства в атрибут роскоши и богатства, в инструмент удовлетворения прихоти богатых людей [10]. Не исключено, что на практике к услугам суррогатной матери пожелают прибегнуть одинокие женщины и мужчины либо состоятельные супружеские пары, в которых жены не желают сами выносить ребенка из-за нежелания «портить фигуру», прекращать или приостанавливать карьерный рост и т.п. Однако, в соответствии с п. 1 ст. 99 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» **одинокая женщина** также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных методов и технологий при наличии ее информированного добровольного письменного согласия на медицинское вмешательство [3]. Следовательно, такие женщины имеют право на использование **всех** видов вспомогательных репродуктивных методов и технологий, включая суррогатное материнство.

В пп. 33 п. 1 ст. 1 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» закреплено понятие «суррогатная мать» – это женщина, вынашивающая плод после применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий и рожающая ребенка (детей) для заказчиков согласно договору суррогатного материнства. [2] В п. 1 ст. 100 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» дается пояснение тому, что подразумевается под понятием «суррогатная мать» – женщина, вынашивающая плод после введения донорского эмбриона [3]. Согласно пп.34, 35 п. 1 ст. 1 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» суррогатное материнство – это вынашивание и рождение ребенка (детей), включая случаи преж-

девременных родов, по договору между суррогатной матерью и супругами с выплатой вознаграждения, а договор суррогатного материнства – это нотариально удостоверенное письменное соглашение между лицами, состоящими в браке (супружестве) и желающими иметь ребенка, и женщиной, давшей свое согласие на вынашивание и рождение ребенка путем применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий [2].

В вышеприведенных понятиях нет единства терминологии. Из них понятно, что речь идет о правоотношениях между суррогатной матерью и, в разных нормах законодательных актов, регулирующих суррогатное материнство, с супругами, лицами, состоящими в браке (супружестве) и заказчиками, желающими иметь ребенка.

При анализе данных понятий и разнообразия правоотношений возникает вопрос: насколько равнозначны и взаимозаменяемы понятия «супруги», «лица, состоящие в браке (супружестве) и желающие иметь ребенка» и «заказчики».

Мухамеджанов Э. полагает, «что законодатель в целях экономии словесного материала с термином «супруги», применил не связанный с этим понятием и другой, вполне самостоятельный термин «заказчики», подразумевая под ним лиц, желающих иметь ребенка, но не супругов» [6]. Так же в пользу необходимости исключить или заменить понятие «заказчики» говорит и то, что договор суррогатного материнства является специфическим видом договора в сфере семейно-брачных правоотношений. А в случае безвозмездного характера договора суррогатного материнства понятие «заказчики» более чем не уместно.

В то же время законодателем используется еще одно понятие «потенциальные родители». п. 1 ст. 100 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» гласит, что суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка, включая случаи преждевременных родов, по договору между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после введения донорского эмбриона) и потенциальными родителями [3]. В данной норме вообще не подразумевается, что сторона договора суррогатного материнства «потенциальные родители» должны состоять в браке (супружестве). То есть можно предполагать, что «потенциальными родителями» могут быть и одинокие женщины, и одинокие мужчины.

Я предлагаю, применять к участникам, заключившим договор с суррогатной матерью, термин «супруги (потенциальные родители)». Во-первых, он будет означать, что лица, заключившие договор с суррогатной матерью, состоят в браке (супружестве). Во-вторых, будет понятно, что это те супруги, чей биоматериал использовался при проведении вспомогательных репродуктивных методов и технологий и которые, после рождения ребенка, будут записаны его родителями.

Суррогатная мать

Существуют и определенные требования, предъявляемые к суррогатной матери. Женщина, желающая стать суррогатной матерью, должна быть в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, иметь удовлетворительное физическое, психическое и репродуктивное здоровье, подтвержденное заключением медицинской организации, а также иметь собственного здорового ребенка. С учетом рекомендаций врачей суррогатной матерью может стать родственница одного из супругов (потенциальных родителей) и она может быть старше указанного в Кодексе возраста. Технологии не стоят на месте и женщины старшего возраста могут выступить в роли суррогатной матери. В случае, если суррогатная мать состоит в зарегистрированном браке (супружестве), при заключении договора суррогатного материнства необходимо представить нотариально удостоверенное согласие супруга. Мной предлагается новая редакция п. 1 ст. 56 Кодекса «О браке (супружестве) и семье» «Женщина, желающая стать суррогатной матерью, должна быть в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет включительно, иметь удовлетворительное соматическое, психическое и репродуктивное здоровье, подтвержденное заключением медицинской организации, а также иметь хотя бы одного собственного здорового ребенка. В случае, если суррогатной матерью является родственницей одного из супругов (потенциальных родителей) либо женщины, не состоящей в браке (супружестве), то предельный возраст может быть увеличен».

К помощи суррогатных матерей прибегают, например, когда женщина сама не может выносить ребенка, причиной для такой проблемы могут послужить патологии репродуктивной системы или отсутствие матки. Также к обращению к суррогатному материнству могут привести многочисленные неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения, которые не привели к беременности. Процедура суррогатного материнства практически ничем не отличается от экстракорпорального оплодотворения. У генетической матери забирают яйцеклетку (ооцит) либо берут донорскую яйцеклетку, в стерильных лабораторных условиях производится оплодотворение сперматозоидами генетического отца (или донора), в течение нескольких дней эмбрионы находятся в инкубаторе, а затем пересаживаются в матку, но оплодотворенные яйцеклетки помещаются не в организм генетической матери, а в организм другой женщины, которая выносит эмбрионы и родит ребенка. В соответствии с нормами Кодекса Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье» медицинская организация, которая применяет вспомогательные репродуктивные методы и технологии, обязана вынести заключение об их применении с полной и исчерпывающей информацией об использованных для этого биоматериалах самих лиц, желающих иметь ребенка, либо донорского банка. Я считаю, что необходимо внести запрещающую норму следующего содержания: «Суррогатная мать не может быть донором ооцитов для супругов (потенциальных родителей) либо женщины, не состоящей в браке (супружестве)». По поводу преимущества генетической связи перед биологической существуют различные мнения. Так М.В. Антокольская, относительно нормы российского законодательства, которая предусматривает, что «лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери)» [7], считает, что «факт вынашивания или рождения был признан более социально и эмоционально значимым, чем генетическое происхождение» [7]. Иваева Э.А. полагает, что «самое распространенное заблуждение сторонников – они считают, что в ребенке, выношенном чужой женщиной, сочетаются их гены, а раз гены «собственные», то какая разница, на какой почве произрастает плод» [8]. И.В. Авхадеев утверждает, что «суррогатную мать, в отличие от естественно возникающей в процессе беременности биологической и эмоциональной связи, кровное родство с ребенком не связывает. Она, по своей сути, выступает неким инкубатором, осуществляющим защиту и предоставление необходимых условий для благоприятного развития эмбриона» [9]. С данной точкой зрения согласна и я. Считаю, что генетическая связь с будущим ребенком превыше связи биологической с суррогатной матерью. Посылом обращения бесплодной пары к услугам суррогатной матери всегда является желание иметь, хотя бы частично, генетически своего ребенка. Даже будущие усыновители выбирают среди детей похожих на себя внешне или по характеру. Данная норма исключит в будущем споры родителей с суррогатной матерью.

Договор суррогатного материнства.

Данный договор подлежит обязательному нотариальному удостоверению. Нотариальная форма договора является одной из важных гарантий прав и законных интересов не только сторон договора, но и прав и законных интересов будущего ребенка, которые существенным образом затрагиваются в связи с заключением и реализацией рассматриваемого договора.

Договор суррогатного материнства должен содержать: данные супругов (заказчиков) и суррогатной матери, порядок и условия оплаты материальных расходов на содержание суррогатной матери; права, обязанности и ответственность сторон при неисполнении условий договора; размер и порядок компенсаций, иные условия, в том числе форс-мажорные обстоятельства. **Материальные расходы, которые по закону несут заказчики:** расходы, связанные с прохождением суррогатной матерью медицинского обследования; расходы, связанные с применением вспомогательных репродуктивных методов и технологий; расходы по медицинскому обслуживанию суррогатной матери в период беременности, родов и в течение пятидесяти шести дней по-

сле родов, а в случае осложнений, связанных с беременностью и родами, оплату расходов в течение семидесяти дней после родов, **что предусмотрено ст. 57** Кодекса Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье» от 26 декабря 2011 г. [2].

В случае, если суррогатная мать состоит в зарегистрированном браке (супружестве), при заключении договора суррогатного материнства необходимо представить нотариально удостоверенное согласие супруга.

Медицинская организация, применяющая вспомогательные репродуктивные методы и технологии, обязана вынести заключение об их применении с полной и исчерпывающей информацией об использованных для этого биоматериалах самих лиц, желающих иметь ребенка, либо донорского банка. Один экземпляр заключения прилагается к нотариально удостоверенному договору суррогатного материнства и хранится по месту совершения сделки [2]. В соответствии с п. 3 ст. 54 Кодекса Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье» **одновременно** с договором суррогатного материнства супруги (заказчики) заключают договор с медицинской организацией, применяющей вспомогательные репродуктивные методы и технологии, которая будет оказывать соответствующие услуги [2].

Момент одновременности заключения этих двух договоров на практике совершенно невозможно соблюдать. Одновременность предполагает, что при заключении договора суррогатного материнства в то же время в присутствии уполномоченного представителя медицинской организации, обладающего правом подписи договора на оказание медицинских услуг, супруги подписывают и договор об оказании медицинских услуг. С учетом того, что подобных организаций в нашем государстве не так и много, а суррогатная мать и супруги (заказчики) могут проживать в разных городах и заключать договор в третьем городе, я полагаю, что договор с медицинской организацией необходимо заключать до подписания договора суррогатного материнства.

Такое положение обусловлено следующими факторами:

1) До подписания договора на применение вспомогательных репродуктивных методов и технологий стороны уже прошли или

должны пройти полное медицинское обследование, которое подтвердит или опровергнет необходимость участия супружеской пары в программе суррогатного материнства;

2) Так же обследование должна пройти и суррогатная мать, которое подтверждает, что она обладает удовлетворительным соматическим психологическим и репродуктивным здоровьем;

3) Для заключения договора суррогатного материнства стороны обязаны предоставить ряд справок и документов, получение которых может занять некоторое время.

Права и обязанности сторон по договору суррогатного материнства

У суррогатной матери, в соответствии с **Кодексом Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье», имеются определенные обязанности при заключении договора суррогатного материнства, а также во время действия данного договора до рождения ребенка. Суррогатная мать обязана при заключении договора** представить заказчикам медицинское заключение о своем физическом, психическом и репродуктивном здоровье; регулярно наблюдаться у врача и строго выполнять его рекомендации и назначения; информировать лиц, заключивших с ней договор, о течении беременности с периодичностью, оговоренной в договоре суррогатного материнства. Суррогатная мать несет ответственность за беременность, предусмотренную договором суррогатного материнства, после применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий, и обязана исключить возможность наступления естественной беременности.

По казахстанскому законодательству суррогатная мать обязана передать рожденного ребенка лицам, заключившим с ней договор суррогатного материнства. Представляется, что позиция казахстанского законодателя и мнение тех авторов, которые поддерживают «принцип происхождения» – генетическая связь более приоритетна, чем биологическая – наиболее логичная и верная. В противном случае институт суррогатного материнства будет подвержен явной коммерциализации, что несовместимо с принципами права вообще и семейного права в частности.

По законодательству Республики Казахстан родителями ребенка, родившегося в результате применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий на основании договора суррогатного материнства, признаются супруги (заказчики). В случае рождения в результате применения таких методов и технологий либо согласно договору суррогатного материнства двух и более детей супруги (заказчики) в равной мере несут ответственность за каждого родившегося ребенка. Матерью ребенка после его рождения в медицинском свидетельстве о рождении записывается супруга (заказчица), заключившая договор суррогатного материнства.

Отказ супругов (заказчиков) от ребенка оформляется в установленном порядке после регистрации его рождения в регистрирующем органе. В случае отказа от ребенка супруги (заказчики), давшие свое согласие на применение вспомогательных репродуктивных методов и технологий, либо заключившие договор с суррогатной матерью, не вправе требовать от суррогатной матери возмещения материальных расходов. В случае отказа супругов (заказчиков), заключивших договор с суррогатной матерью, от ребенка право материнства по ее желанию остается за суррогатной матерью, а в случае ее отказа ребенок передается на попечение государства. При отказе супругов (заказчиков) от ребенка и при принятии ребенка суррогатной матерью эти лица обязаны выплатить суррогатной матери компенсацию в размере и порядке, которые установлены договором. В случае расторжения брака (супружества) супругов (заказчиков) ответственность за ребенка, родившегося по договору суррогатного материнства, возлагается на обоих супругов (заказчиков). В случае смерти одного из супругов (заказчиков) ответственность за ребенка, родившегося по договору суррогатного материнства, возлагается на оставшегося в живых супруга. В случае смерти обоих супругов (заказчиков) и отказа их близких родственников усыновить родившегося ребенка по желанию суррогатной матери этот ребенок может быть передан ей, а в случае ее отказа – на попечение государства. Передача ребенка суррогатной матери либо государственным организациям в форме опеки не прекращает его прав как наследника супругов (заказчиков) [2].

Неиспользование вспомогательных репродуктивных методов и технологий после заключения договора суррогатного материнства в течение оговоренного договором срока влечет недействительность договора. В случае наступления естественной беременности у суррогатной матери после заключения договора суррогатного материнства договор расторгается с выплатой ею всех расходов, затраченных заказчиками согласно договору суррогатного материнства [2].

Учитывая сравнительно небольшой период существования в Казахстане института суррогатного материнства, законодательство и практика его применения в данной сфере подлежат дальнейшему научному исследованию и совершенствованию.

Список литературы:

1. *Конституция Республики Казахстан.*
2. *Кодекс Республик Казахстан «О браке (супружестве) и семье».*
3. *Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».*
4. *Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года №627 «Об утверждении Правил проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий».*
5. *Джусубалиева Т.М. «Суррогатное материнство в Республике Казахстан: правовые, медицинские, этические проблемы» // Репродуктивная медицина 4 (29) 2016. С. 60-65.*
6. *Мухамеджанов Э. К вопросу о субъектах договора суррогатного материнства в Республике Казахстан // Юрист, 2012. №10.*
7. *Антокольская М.В. Семейное право. Москва, 2010. 432 с.*
8. *Иваева Э.А. Суррогатное материнство: правовое и нравственное измерение проблемы // Медицинское право, 2008. №3.*
9. *Авхадеев И.В. Некоторые вопросы регулирования института суррогатного материнства // Право и образование, 2007. №9. С. 151-158.*
10. *Борисова Т.Е. Договор суррогатного материнства: актуальные вопросы теории, законодательства и практики // Российская юстиция, 2009. №4. С. 7-10.*
11. *Митрякова Е.С. Правовое регулирование суррогатного материнства в России // Диссертация. Тюмень, 2006.*

Об авторе:

Саукенова Светлана Олеговна – докторант PhD АО «Университет КАЗГЮУ», Магистр юридических наук, Республика Казахстан, 010000, г. Астана, проспект Абая, д. 11/1, кв. 9, e-mail: s.saukenova@mail.ru

Saukenova Svetlana Olegovna – doctoral candidate of PhD of JSC «KAZGYU University», Master of Judisial Science, Republic of Kazakhstan, Astana

© Саукенова С.О., 2017

Тимофеева М.Ю.

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ В РЕАЛИЗАЦИИ ГРАЖДАНАМИ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере влияния гендерного аспекта в реализации граждан права на здоровье. Роль культурных и этнических предубеждений мигрантов при получении ими медицинской помощи. Формулируются права на здоровье в области международного права. Учитывая, что диапазон прав человека, признаваемый государствами – членами ООН постоянно расширяется. Врачи часто в силу своей профессии становится свидетелями нарушений этих прав.

Ключевые слова: *гендерный аспект, проблемы культурных барьеров, международный пакт, судебная практика, право на здоровье.*

Margarita Timofeeva

GENDER ASPECT IN THE IMPLEMENTATION OF THE RIGHT TO HEALTH AND THE MEDICAL ASSISTANCE TO CITIZENS

This article analyzes the legislation in Gender and the realization of the right to health. The importance Migrant's Cultural Barriers and Ethnic Prejudices During Contact with Medical Services. Formulation of the right to health in international law is defined by. The Range of human rights recognized by member States of the UN are constantly increasing. Doctors often because of their profession become witnesses of violations of these rights.

Key words: *gender, problems of cultural barriers, International Covenant, judicial practice, right to health.*

Политические и социальные проблемы, сопровождаемые миграционной политикой в отдельных европейских странах за последние несколько лет обострили проблемы не только культурно-этнических предубеждений, но и гендерные проблемы населения, что требует определенной коррекции стандартов на оказание медицинской помощи мед. персоналом разных стран.

Необходимо отметить, что участившиеся дискуссии правозащитников о гендерных аспектах прав граждан, породило самые сложные дилеммы, сфокусировав внимание специалистом по биомедицинскому праву.

В свое время, Ю.Д. Сергеев и А.А. Мохов высказывали мнение о том, что нормы биоэтики обоснованно могут рассматриваться в качестве нетрадиционных источников медицинского

права. В настоящее время, действительно назрела практическая необходимость продуманного, взвешенного перевода ряда наиболее острых, социально значимых биоэтических проблем в русло медицинского права [1].

Поэтому, в свете последних событий, «гендерный аспект» можно рассмотреть как **историко-культурное** наследие с учетом религиозных традиций отдельных народов и **искусственно культивируемую** «гендерную идентичность».

Само понятие «гендер» – используется исключительно для описания женских или мужских характеристик, которые изначально являются социально-обусловленными, в то время как понятие «Пол» – считается биологически определенным.

И уже более 50 лет, эти проблемы успешно пытается решать Фонд ООН в области народонаселения (ФН ООН / ЮНФПА), созданный в 1967 году, согласно резолюции 2211 (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 17.12.1966г.. Проводя свои программы, с учетом религиозных и этических особенностей, в четырех регионах мира – Арабские государства, Азия и Океания, Латинская Америка и страны и Карибского Бассейна, а также страны Южно-Африканского региона. Действуя в 150 странах, официально защищает и контролирует реализацию права человека на здоровье не только на международном уровне, но и посредством регионального и местного законодательства.

В свою очередь, Саммит ООН по народонаселению и развитию «Венская Декларация и Программа действий» (Вена 1993г.) впервые уравнивает репродуктивные права с правами человека, что позволило в очередной раз на международном уровне закрепить вопросы «здоровья женщин и детей» в качестве важнейших приоритетов не только государственной, но и международной политики.

Официально «право на здоровье» в области международного права закреплено в ст. 12 «Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (ICESCR, 1974).

А в 2001 году, «Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам» принял «Замечание общего порядка №14 «Право на Здоровье», определив его как наивысший достижимый уровень здоровья человека [2].

Учитывая, что в различных странах мира сформировались неодинаковые подходы в оказании медицинской помощи, в настоящее время, для отдельных категорий мигрантов во время их пребывания в странах Европы, получение элементарной медицинской услуги, подчас оказывается неприемлемой (с учетом их представителей о менталитете и религии).

К сожалению подобная проблема до сих пор возникает не только при выезде специалистов медицины – катастроф в другие страны, но и при оказании медицинской помощи внутри современных многонациональных государств.

Как показывают статистические исследования последних лет, проблемы культурных и этнических предубеждений, остаются актуальными даже при оказании мигрантам высокотехнологичной медицинской помощи. Причем, зависят эти проблемы не от уровня знаний языка, а от культурных различий в представлениях о здоровье, традициях его поддержания и восстановления.

И услуги переводчика, к сожалению, не могут решить проблему, в основе которой лежит иная «логика» взаимодействия врача и пациента, сбора анамнеза (первичное получение информации от пациента), а отсюда и различия в понимании сути самой болезни, лечения и здоровья.

В 2007 году, Бюро ЮНЕСКО в Москве, при поддержке «Центра Прикладной и Профессиональной Этики» Института Философии РАН подготовили рекомендации по «этическим особенностям оказания экстренной медицинской помощи» для медицинских работников МЧС России.

Ссылаясь на основополагающие международные документы, начиная с Нюрнбергского этического кодекса (1947) и Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1964) и разбирая стандарты оказания медицинской помощи, авторы рекомендаций, обращают внимание на возможность ущемления прав и свобод отдельных пострадавший не только в момент оказания самой медицинской помощи, но и на начальном этапе – медицинской сортировке [3].

Обращая особое внимание медицинского персонала, что вне зависимости от ситуаций при проведении любых медицинских

мероприятий соблюдая основные этические принципы, врачи все равно не застрахованы от причинения отдельным пациентам дискомфорта и нарушения их прав, ведь:

- при поэтапном оказании медицинской помощи – ущемляется право на оказание врачебной помощи в максимальном объеме;
- при проведении карантинных или эвакуационных мероприятий ограничивается право граждан и их родственников на свободу перемещения [3].

Незнание медицинским персоналом религиозных особенностей пациентов, зачастую приводит не только к конфликтам с родственниками, но и к осложнениям терапии. Так в странах мусульманского мира:

- врачу-мужчине нельзя видеть части женского тела без присутствия ближайших родственников;
- переливание крови без согласия пациента (родственников) влечет за собой уголовную ответственность для медицинского работника, не зависимо от мотивов, а в ряде африканских государств, не является оправданием даже спасение жизни пациента.
- программа вакцинации международных организаций в азиатских странах была приостановлена, так как вакцина была приготовлена на основе крови «неверных» европейских доноров, и только после использования крови местного населения, преимущественно старейшие, проблема была решена.

Подобная ситуация произошла в Индии и Индонезии, когда население отказалось от противоэпидемиологических мероприятий, так как в основе предложенного препарата была бычья и свиная сыворотка.

На территории многонационального государства, в месяц рамадан граждане мусульманского вероисповедания, как и православные в страстную седмицу, соблюдают строгий пост, что может вызвать непредсказуемую реакцию организма на простейшие медицинские манипуляции, например, в кресле стоматолога – местная анестезия может вызвать обморок [3].

Мы считаем, что для современного медицинского работника, не зависимо от специализации и подразделения ЛПУ в котором он работает, необходимо понимание культурных барьеров и возможных этнических предубеждений потенциальных пациентов, что поможет при оказании медицинской услуги.

В 2005 году, «Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека» принята на 33 сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, признала, что здоровье зависит не только от прогресса науки и технологических исследований, но и от психосоциальных и культурных факторов, а идентичность личности имеет биологические, физиологические, социальные, культурные и духовные аспекты. Закрепив в ст. 11 «Недопущение дискриминации и общественного осуждения» как для отдельного лица или группы – не должны подвергаться дискриминации или общественного осуждения на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.

Ссылаясь на данные положения международных документов по этике, европейские правозащитники, все чаще привлекают внимание общественности к ущемленной реализации права человека на «гендерную идентичность» – придают данному вопросу не медицинский, а политический оттенок, порождая не только морально – этические дилеммы, но и ставя под сомнение реализацию отдельных правовых норм ВОЗ.

Несмотря на то, что вопросы «гендерных» различий, были актуальны всегда, а медицина, и общество уже давно допускают «идентичность» (смену пола) – как самостоятельное определение самого гражданина, в случае, если ему некомфортно в своем теле.

Причем, первая в мире операция по коррекции пола была сделана в 1931 году Эйнару Вегенеру, мужу датской художницы Герды Вегенер.

В настоящее время решение данного вопроса подразумевает две стадии:

1. Медицинская или «хирургическую коррекцию пола» – считается единственным признанным медициной методом лечения гендерной дисфории при транссексуальности.

Выполняется она (хирургическая коррекция пола) в двух вариантах: FtM (Female to Male), то есть смена женского физическо-

го пола на мужской и MtF (Male to Female) – с мужского на женский. Причем второй вариант является более распространённым, поэтому, при подписании документов пациента информируют, что акушерский или хромосомный пол человека изменить невозможно, так что полной сменой пола хирургическая коррекция не является.

2. Юридическая (смена документов), в большинстве стран, для этой категории граждан становится возможна только после хирургического вмешательства.

Представленная схема решения «гендерной» проблемы долгие году устраивала как самих граждан, так и общественную ментальность. Основной сложностью при «трансформации пола» с юридической стороны считалось – отсутствие понятийно-категориального аппарата, который не был закреплен должным образом [4].

По мнению политических аналитиков, и журналистов, гендерный вопрос имеет не просто политический оттенок, а может представляться как доказательство наивысшей степени Европейской демократии, свободы слова и самовыражения, и прецедентом для этого послужила – халатность чиновников Великобритании.

Как уже было озвучено в СМИ – в результате абсурдного беременного состояния 20-летнего Хайден Кросс.

(Рожденный девочкой, и пройдя только гормональную терапию, (без хирургической коррекции) – получила документы на мужское имя и, уже в качестве мужчины – было принять решение – родить прежде чем довести все манипуляции по смене пола. Сейчас он – на 5 месяце беременности).

Во всей этой ситуации удивительно другое, что вместо: тихого исправления ошибки с документами и вынесения наказания виновным, – создается глобальный прецедент.

И как уже сообщило агентство «Times» от 23.10.2017 года, Британское внешнеполитическое ведомство предложило внести изменения в Международный пакт о гражданских и политических правах ООН, документ, который подписали и ратифицировали 168 странами. Основанный на Всеобщей декларации еще в 1948году заменив термин «беременная женщина» на «беременный человек» чтобы учесть права трансгендеров. В документе говорится, что «беременная женщина должна находиться под особой защитой, ее нельзя подвергнуть смертной казни». Великобритания не согласна с таким термином, поскольку он «исключает трансгендеров, которые тоже могут быть беременными». Министры также обсуждают возможные изменения в законодательстве которые позволят жителям Великобритании самостоятельно удостоверять смену пола без представления медицинских доказательств.

В сое время, Европейский суд по правам человека (далее – ЕСПЧ) в Решении «Косей против Великобритании» в 1990 году, отметил, что сегодня следует позволить государству определить, до какого предела оно может соответствовать требованиям транссексуалов [4].

А анализируя фундаментальные изменения системы ценностей, ЕСПЧ в своем решении «Кристин Гудвин против Великобритании» еще в 2002 году, обратил внимание на недоказанность того, что изменение положения транссексуалов рискует вызвать конкретные и значительные трудности или посягательство на общественный интерес [4].

Данным прецедентом, Великобритания пытается навязать всему мировому сообществу не только свой взгляд, но и свой вариант решения проблемы, а это все далеко от идеалов демократии.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Биоэтика – нетрадиционный источник медицинского права // Медицинское право, 2007. №2. С. 3-9.*
2. *Скуратовская Л.Н., Сабурина И.Н., Кожевникова Л.М. Гендерные аспекты права на здоровье // Конференция Ассоциации женщин врачей Европы в Москве. 25 ноября 2016.*
3. *Гуревич К.Г., Тищенко П. Д., Фабрикант У.Г., Юдин Б.Г. Этические проблемы оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях // БЮРО ЮНЕСКО в МОСКВЕ. Московский Гуманитарный Университет. 2007. С. 37-38, 54-55.*
4. *Романовский Г.Б., Тарусина Н.Н., Мохов А.А., Сенюта И.Я. Биомедицинское право в России и за рубежом // М.: Проект, 2017. С. 283-285.*

Об авторе:

Тимофеева Маргарита Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, 107140, Москва, ул. Краснопрудная, д. 7/9, кв.133, e-mail: Timofeevainfo@mail.ru

Timofeeva Margarita Yrievna – senior lecturer Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

© Тимофеева М.Ю., 2017

Фарбер Е.В.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ИЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ТАЙНА?

Статья посвящена понятию врачебной тайны, а также поиску ответов на вопрос: «Насколько корректно употребление понятия врачебной тайны в действующем законодательстве Российской Федерации»?

Ключевые слова: *врачебная тайна, медицинская тайна, медицинский работник, медицинская деятельность, медицинский персонал, врач, равнозначность понятий.*

Farber E.V.

DOCTORAL SECRET OR MEDICAL SECRET?

Current article is devoted to the concept of medical secret, and to find answers to the question: «how correctly the concept of «medical secret» is used in Russian Federation current legislation»?

Key words: *doctoral secret, medical secret, medical worker, medical activities, medical staff, doctor, the equivalence of concepts.*

Сохранение врачебной тайны складывалось на протяжении многих тысячелетий. К одному из первых упоминаний история относит Клятву Гиппократа, которая гласит: «Чтобы при лечении, а также и без лечения, я не увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

Молчание врача было важной составляющей, поскольку защищало обратившегося больного от огласки различных фактов его жизни, не только болезни. В случае с высокопоставленными вельможами, иными влиятельными людьми сохранность сведений о том или ином заболевании не давало возможности использовать эти сведения против заболевшего.

Исторически складывалось так, что целитель, знахарь, врачеватель, врач были хранителями тайны о болезни, ее причинах, ее лечении, да и других тайнах своих больных подопечных.

Какой же круг субъектов, обязанных хранить врачебную тайну, определяет действующее законодательство Российской Федерации?

Для начала необходимо обратиться к понятию врачебной тайны, закреплённому законодательством.

Согласно ч. 1 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Закон №323-ФЗ) [1] врачебную тайну составляют сведения:

- о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи;
- о состоянии здоровья гражданина;
- о диагнозе гражданина;
- полученные при медицинском обследовании гражданина;
- полученные при лечении гражданина.

Уже из данного определения очевидно, что субъектом сохранения врачебной тайны становится не только врач.

Когда гражданин только обращается за медицинской помощью, то его первоначальное общение может состоятся вовсе не с врачом, а с менеджером, консультантом, медицинским регистратором, иным лицом, не имеющим медицинского образования, на которого, исходя из формулировки закона, также возлагается обязанность соблюдать врачебную тайну.

Это могут быть лица, как с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, так и лица, не завершившие освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, которые могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (ч. 5 ст. 69 Закон №323-ФЗ). Именно средний медицинский персонал осуществляет основной уход за больными, забор анализов, их исследование и т.п. и т.д., а соответственно также становится субъектом сохранности врачебной тайны.

Следуя формулировке п. 2.1 ст. 69 Закона №323-ФЗ субъектами сохранения врачебной тайны могут стать педагогические и научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие практическую подготовку обучающихся, а также научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие научные исследования в сфере охраны здоровья.

Также к кругу субъектов, обязанных соблюдать врачебную тайну, ч. 1 и 2 ст. 69 Закона №323-ФЗ относит лиц, не имеющих высшее или среднее медицинское, или фармацевтическое образование, но способствующих оказанию медицинской помощи. Это может быть младший медицинский персонал, могут быть санитары и санитарки, нянечки, а также лица, имеющие иное образование: лаборанты; лица, обслуживающие медицинское оборудование; сотрудники медицинских архивов; работники страховщиков и т.д. и т.п.

Помимо это круг субъектов, обязанных хранить врачебную тайну, не ограничен физическими лицами. Закон возлагает обязанность соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах:

- на медицинские организации (п. 4 ч. 1 ст. 79 Закона №323-ФЗ);
- на организации, осуществляющие образовательную деятельность и спортивную подготовку (п. 7 ч. 4 ст. 13 Закона №323-ФЗ; ч. 6 ст. 34.1 Федерального закона «О физической культуре и спорте в РФ») [2];
- на страховщиков, на территориальные фонды обязательного медицинского страхования, на страховые медицинские организации (п. 9, 10 ч. 4 ст. 13 Закона №323-ФЗ; ст. 12, 13, 14 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») [3].

По сути, закон обязывает соблюдать врачебную тайну всех, кто в силу своих служебных и профессиональных обязанностей получил доступ к сведениям о пациенте.

Из всего вышесказанного можно заключить следующее:

Во-первых, круг лиц, имеющих доступ к медицинской деятельности и к врачебной тайне, четко не определен действующим законодательством РФ;

Во-вторых, круг субъектов, обязанных соблюдать врачебную тайну, шире не только круга врачей, но и данного законом определения круга медицинских работников;

В-третьих, имеющееся в законе понятие медицинского работника шире по содержанию и врача, и среднего медицинского персонала.

Отсюда возникает парадоксальная ситуация, в которой легальное определение врачебной тайны является излишне широким, в том числе и потому, что её сохранность зависит не только от врача, а и от огромного круга субъектов, часть которых может даже не являться медицинским персоналом.

Почему же в законе появилась именно «врачебная тайна», которая, по сути, есть «тайна врача»?

Интересным можно считать мнение Г.Б. Романовского, считающего, что термин «врачебная тайна» связан не с профессиональной деятельностью лица – «врача», а с видом деятельности – «врачеванием» [4]. Однако это предположение или утверждение еще больше запутывает ситуацию. Помимо того, что в законе отсутствует легально определение «врач», там также отсутствует и термин «врачевание».

Вопрос о необходимости легального закрепления понятия «врач» неоднократно поднимался в научной юридической литературе и правоприменительной практике. Т.Е. Сучкова считает ситуацию, сложившуюся в законодательстве «курьезной», поскольку при отсутствии в законодательстве «легальной дефиниции врача», само законодательство активно использует понятие «врач» [5], например, в ч. 6 ст. 20, ст. 21, 48, ч. 3 ст. 59, ч. 3 ст. 66, ч. 1 ст. 67, ст. 71 Закона №323-ФЗ; ст. 5, 14 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [6].

Помимо этого, законодатель использует такие понятия как «лечащий врач» (п. 15 ст. 2, ч. 2 ст. 22, ст. 70 Закона №323-ФЗ), «врач-терапевт», «врач-педиатр», «врач общей практики (семейный врач)», «врач-специалист» (п. 1 ч. 3 ст. 21, ч. 4 ст. 33 Закона №323-ФЗ), а также «врачебные комиссии» и «консилиум врачей» (ч. 2 ст. 47, ст. 48, ч. 3 ст. 66 Закона №323-ФЗ), которые по отношению к понятию «врач» можно определить, по мнению Т.Е. Сучковой, «как частное к общему».

К тому же, если в Законе №323-ФЗ присутствует хотя бы определение «лечащий врач» (п. 15), то вместо врачевания или врачебной деятельности в нём есть исключительно – «медицинская деятельность» (п. 10 ст. 2), «медицинская помощь» (п. 3 ст. 2), «медицинская услуга» (п. 4 ст. 2), «медицинское вмешательство» (п. 5 ст. 2) и т.д.

Перечисляя основные понятия, используемые в Законе №323-ФЗ, можно констатировать нелогичность законодателя, который не определил, допустим, врачебное вмешательство или врачебную деятельность, но закрепил, следуя устаревшей, а не современной терминологии самого же закона, всё-таки врачебную, а не медицинскую тайну.

В этой связи употребление понятия «медицинская тайна» видится более логичным и полностью соотносимым с другими легальными определениями в законе.

Нельзя не отметить еще одну проблему, которая неизбежно возникает при употреблении врачебной тайны и медицинской тайны, а именно, равнозначности этих понятий.

По поводу равнозначности врачебной и медицинской тайн существуют две противоположные точки зрения.

Например, Е.А. Филимонова считает, что, по сути, эти понятия тождественны [7], а К.О. Папеева в своей статье «Проблемы уголовно-правовой охраны медицинской тайны» высказывает мнение о том, что это два различных правовых института [8].

Стоит отметить, что только из обозначенного выше круга субъектов, обязанных сохранять врачебную тайну, можно утверждать не только, что понятие «врачебная тайна» содержит «излишне широкий» круг обязанных её соблюдать лиц, но и, что понятие «медицинская тайна» включает в себя понятие «врачебная тайна».

Исходя из вышеизложенного, следует признать правильной точку зрения о том, что в соответствии с действующими правовыми нормами законодательства РФ и закрепленными в них основными понятиями было бы правильнее и уместнее называть врачебную тайну медицинской тайной.

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: 15.10.2016)*

2. *Федеральный закон от 4 декабря 2007 года №329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_73038/ (дата обращения: 15.10.2016)*
3. *Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 15.10.2016)*
4. *Романовский Г. Б. Право на врачебную тайну в системе прав пациента // Медицинское право. №4 (8). 2004. С. 10-17.*
5. *Сучкова Т. Е. К вопросу о необходимости законодательного закрепления понятия «врач» // Медицинское право. №3 (55). 2014. С. 12-17.*
6. *Закон РФ от 22.12.1992 №4180-1 (ред. от 23.05.2016) «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=198266#0 (дата обращения: 19.10.2016)*
7. *Филимонова Е. А. Конституционное право российских граждан на неприкосновенность частной жизни: дис ... к.ю.н. 12.00.02 / Е. А. Филимонова. Волгоград, 2005. С. 25.*
8. *Папеева К. О. Проблемы уголовно-правовой охраны медицинской тайны // Медицинское право, 2007. №4. С. 26-31.*

Об авторе:

Фарбер Елена Владиславовна – юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Farber Elena Vladislavovna *– Lawyer, Senior Lecturer of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow*

© Фарбер Е.В., 2017

Фарбер Е.В.

СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С РАЗГЛАШЕНИЕМ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

В статье рассматриваются ситуации, связанные с разглашением сведений, составляющих врачебную тайну. Решения, предлагаемые учебными пособиями, сравниваются с нормами действующего законодательства Российской Федерации.

Ключевые слова: *врачебная тайна, разглашение врачебной тайны, запрет пациента, ВИЧ-инфекция, генетическое заболевание, признание брака недействительным.*

Farber E.V.

COMPARATIVE-LEGAL ANALYSIS OF MEDICAL MYSTERY DISCLOSURE SITUATIONS

The article deals with situations related to preservation of medical mystery constituting information. Teaching aids offered solutions are compared with Russian Federation current legislation.

Key words: *medical mystery, medical mystery disclosure, patient prohibition, HIV infection, genetic disease, recognition of marriage as invalid.*

Как явление врачебная тайна охватывает интересы многих научных дисциплин и становится объектом изучения различных наук, в первую очередь, медицинских и юридических, а в последние годы, всё больше, философских, в особенности, этики, медицинской этики и биоэтики.

Научные и педагогические работники в рамках преподавания своих дисциплин охотно обсуждают со студентами различные жизненные ситуации, связанные с возникновением, сохранением, разглашением и иными аспектами врачебной тайны. Помимо этого, для обучения студентов издаются учебные пособия, в которых приводятся алгоритмы решений наиболее часто встречаемых ситуаций.

Однако, просмотрев ряд учебных пособий для преподавателей и студентов, был обнаружен один очень существенный недостаток, связанный с рассмотрением предлагаемых ситуаций исключительно в рамках одной (не юридической) научной дисциплины.

В очередной раз приходится согласиться с мнением Ю.Д. Сергеева о необходимости рассмотрения и изучения большинства явлений, особенно в сфере осуществления медицинской деятельности с позиций междисциплинарного и (или) межотраслевого подходов [1].

Несмотря на то, что в большинстве учебных пособий предлагаются правильные с точки зрения принципов справедливости и целесообразности, морально-этических и деонтологических норм решения ситуаций, тем не менее, во всех разбираемых случаях не хватает правового обоснования и знания действующего законодательства Российской Федерации. А ведь именно поведение, соответствующее действующему законодательству, будет являться единственно правильным поведением участников при осуществлении любой, в том числе медицинской деятельности.

В этой связи рассмотрим три примера из нескольких учебных пособий и предложенные этими пособиями варианты решений, которые могут быть, как подтверждены, так и опровергнуты действующими правовыми нормами.

Первый пример – это довольно часто встречаемая ситуации в медицинской практике, когда пациенту поставлен онкологический диагноз (метастатического рака, рака 4-й стадии и т.п.) и он отказывается от операций, гормональной терапии, химиотерапии и любого другого лечения. При этом пациент настаивает на неразглашении супруге своего диагноза и не собирается сам ей об этом сообщать. После его ухода, врачу звонит супруга больного узнать о состоянии здоровья своего мужа.

Так, например, Н.Н. Седовой в рамках дисциплины «Биоэтика» предлагается следующий вариант решения: «Врач не может пойти на разглашение, так как обязательство уважать предпочтение его пациента перевешивает возможный вред для жены от незнания диагноза её мужа. Вместе с тем врач должен убедить мужа самого рассказать жене о своем состоянии» [2].

В других учебных пособиях по Биомедицинской этике и Медицинской этике предлагаются аналогичные решения [3, 4].

Смоделируем ситуацию, когда женщина после скоропалительной и неожиданной для неё кончины мужа может обратиться в суд с требованием о компенсации морального вреда за неоповещение и «стоическое» молчание лечащего врача о таком страшном диагнозе своего близкого человека. В такой ситуации именно врачу необходимо быть полностью защищенным действующим законодательством. Именно поэтому будущим медицинским работникам необходимо знать алгоритм правильного поведения в подобных ситуациях не только с точки зрения здравого смыла и морально-этических норм, а в наипервейшую очередь с точки зрения законодателя, прописавшего для подобных случаев легальные правила поведения.

Часть 3 ст. 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит, что в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация [5].

Согласно данной норме при имеющемся запрете пациента врач сильно рискует оказаться вне правового поля, как раз в случае оповещения жены больного о его диагнозе. И если предположить, что пациент, запретивший врачу говорить о своем диагнозе, надумает обратиться в суд с исковым заявлением о разглашении врачебной тайны, иск будет удовлетворен, а врач может быть уволен в соответствии с п. «в» ч. 6 ст. 81 Трудового кодекса Российской Федерации (ТК РФ) [6].

Вторую ситуацию также можно обозначить как наиболее часто встречаемую, но уже на семинарских занятиях в задаваемых студентами вопросах.

Некий мужчина, диагностированный как ВИЧ-положительный, говорит врачу о том, что не собирается сообщать возлюбленной (или жене) о своей болезни. Что делать врачу в такой ситуации?

Учебные пособия советуют врачу взять с пациента обязательство о том, что его партнёр будет проинформирован. В про-

тивном случае врачу рекомендуют предпринять необходимые шаги, предписанные медицинской практикой и законом для уведомления партнёра об имеющейся опасности.

Какие же шаги предписывает практика и закон?

В отношении ВИЧ-инфицированных существует ряд методических рекомендаций (МР): об организации оповещения партнеров ВИЧ-инфицированных лиц, о профилактике заражения ВИЧ [7, 8], – но данные методические рекомендации не были опубликованы и, по общему правилу, не являются прямо обязывающими нормативно-правовыми актами. Если же посмотреть методические указания (МУ) 3.1.3342-16. 3.1, то в них можно увидеть таблицы для составления списков контактных лиц, половых контактов и др., из чего можно сделать вывод, что такое оповещения является обязательной процедурой [9].

Поскольку ВИЧ-инфекция в МР и МУ определяется как инфекционная болезнь, а, следовательно, опасная для окружающих, представляется наиболее правильным сослаться на норму закона, а именно на п. 2 ч. 3 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который официально разрешает распространение сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя при угрозе распространения инфекционных заболеваний.

Хотелось бы разобрать ещё одну ситуацию, когда у собирающегося жениться или недавно женившегося пациента диагностировано некое генетическое заболевание, при котором существует 50%-ая вероятность передачи её потомству. При этом врач является лечащим врачом обоих супругов и знает, что женщина, впрочем, как и мужчина, мечтает иметь детей, но муж не намерен сообщать жене о своём заболевании.

В этом примере мнения авторов учебных пособий расходятся. Одни считают, что есть все основания для сообщения жене об имеющемся у мужа заболевании, т. к. «возможный риск нанесения вреда будущим детям делает необходимым раскрытие имеющейся информации». Другие рекомендуют врачу, поскольку жена тоже пациент, посоветовать ей поговорить с мужем о

его здоровье и их дальнейших планах на рождение детей. Авторы учебных пособий сходятся в одном, что необходимо убедить мужа обсудить с женой их дальнейшие действия по планированию беременности, получить необходимые генетические рекомендации, поскольку пятидесятипроцентный риск, хоть и статистический, но всё же достаточно высок и может осуществиться.

Следует отметить, что в отличие от предыдущей ситуации прямые указания по оповещению о наличии у обследуемого генетического заболевания в каких-либо нормативно-правовых актах отсутствуют. Более того, ч. 2 ст. 15 Семейного кодекса Российской Федерации (СК РФ) закрепляет, что результаты обследования лица, вступающего в брак, составляют врачебную тайну и могут быть сообщены лицу, с которым оно намерено заключить брак, **только с согласия лица**, прошедшего обследование [10]. Иначе говоря, закон однозначно запрещает медицинскому работнику разглашать диагноз обследуемого.

Для того чтобы эффективно воздействовать на жениха (или мужа), не собирающегося сообщать невесте (или жене) об имеющемся генетическом заболевании, у врача должны быть очень веские аргументы. Например, в случае с наличием венерического заболевания или ВИЧ-инфекции, у больного пациента может наступить уголовная ответственность, согласно статьям 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) [11], о которой врач может и должен предупредить.

Помимо этого, Семейным кодексом РФ предусмотрены определенные обстоятельства, в связи с которыми добросовестный супруг в гражданском судопроизводстве может требовать признания брака недействительным. Но есть ли в СК РФ такое обстоятельство как генетическое заболевание?

Среди обстоятельств, препятствующих заключению брака можно говорить только о наличии тех генетических заболеваний, которые напрямую вызывают психическое расстройство, приводящее к признанию лица недееспособным (ст. 14 СК РФ), что не подпадает под описанную выше ситуацию, поскольку в приведённом примере пациент полностью дееспособный.

Среди заболеваний, при сокрытии которых супруг, от которого они были скрыты, вправе обратиться в суд с требованием о признании брака недействительным, перечислены только венерические заболевания и ВИЧ-инфекции (ч. 3 ст. 15 СК РФ).

Возможно, можно было бы сослаться на достаточно «размытую» норму ст. 28 СК РФ о том, что супруг, не знавший о наличии обстоятельств, препятствующих заключению брака, вправе требовать признания брака недействительным. Но нет, эта «лазейка», ввиду неоднородности принимаемых ранее судами решений, была «закрыта» Постановлением Пленума Верховного Суда РФ №15 от 05.11.1998 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел о расторжении брака» [12]. Пленум Верховного Суда постановил, что перечень оснований для признания брака недействительным, содержащийся в п. 1 ст. 27 СК РФ, является исчерпывающим и не подлежит расширительному толкованию. К таким основаниям относятся: нарушение установленных законом условий заключения брака (ст. ст. 12, 13 СК РФ); наличие при заключении брака обстоятельств, препятствующих его заключению (ст. 14 СК РФ); сокрытие одним из лиц, вступающих в брак, от другого лица наличия у него венерической болезни или ВИЧ – инфекции (п. 3 ст. 15 СК РФ); фиктивность брака (п. 1 ст. 27 СК РФ).

Как мы видим серьезных аргументов для убеждения жениха (или мужа) законодательство врачу не предоставило и намерение пациента молчать о своем заболевании может лишь грозить в дальнейшем рождением больных детей и (или) расторжением брака, и, возможно, «угрызениями совести» врача, если он не проявит талантов психолога и дипломата.

И так, в последней ситуации рекомендуемое будущим медицинским работникам учебными пособиями поведение очевидно расходится с нормами действующего законодательства РФ, что, в свою очередь, может создать для работников медицинских организаций ненужные проблемы при осуществлении ими своей профессиональной деятельности.

На основании изложенного можно только еще раз подчеркнуть насущную необходимость в знании медицинскими работниками, а первоначально студентами медицинских ВУЗов норм действующего законодательства РФ, тем более в своей сфере – сфере осуществления медицинской деятельности.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д. Ненадлежащее оказание медицинской помощи и пути ее профилактики – сверхактуальная научно-практическая проблема // Медицинское право, 2016. №2 (66). С. 3-5.*
2. *Седова Н.Н. Биоэтика: учебник. М.: КНОРУС, 2016. С. 111-112.*
3. *Силуянова И.В. Биомедицинская этика: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Издательство Юрайт, 2016. С. 127.*
4. *Саперов В.Н. Медицинская этика. Учебное пособие. М.: Бином, 2014. С. 232.*
5. *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: 09.09.2017)*
6. *Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ (ред. от 29.07.2017) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 09.09.2017)*
7. *Методические рекомендации «Об организации оповещения партнеров ВИЧ-инфицированных лиц» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 6 августа 2007 г. №5954-РХ) // URL: http://base.garant.ru/71298516/ (дата обращения: 19.09.2017)*
8. *МР 3.1.0087-14. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Профилактика заражения ВИЧ. Методические рекомендации (утв. Роспотребнадзором 18.03.2014) // URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=306957&rnd=289846.324594288#0 (дата обращения: 19.09.2017)*
9. *МУ 3.1.3342-16. 3.1. Эпидемиология. Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26.02.2016) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_201148/ (дата обращения: 19.09.2017)*
10. *Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 №223-ФЗ (ред. от 01.05.2017) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (дата обращения: 21.09.2017)*
11. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.07.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.08.2017) // URL: http://*

www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения: 01.10.2017)

12. *Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 05.11.1998 №15 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел о расторжении брака» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20961/ (дата обращения: 22.09.2017)*

Об авторе:

Фарбер Елена Владиславовна – юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Farber Elena Vladislavovna – Lawyer, Senior Lecturer of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

© Фарбер Е.В., 2017

РАЗДЕЛ II.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Баринов Е.Х., Калинин Р.Э., Ромодановский П.О.

КОМПЕТЕНЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДОКУМЕНТОВ, ВХОДЯЩИХ В МАТЕРИАЛЫ «ВРАЧЕБНЫХ» ДЕЛ

Статья посвящена реализации экспертной компетенции при судебно-медицинском исследовании документов, входящих в материалы уголовных и гражданских «врачебных» дел, с учетом потребностей следственной и судебной практики.

Ключевые слова: *компетенция эксперта; исследование документов; «врачебные» дела.*

Evgeny H. Barinov, Ruslan E. Kalinin, Pavel O. Romodanovsky

THE COMPETENCE OF A FORENSIC MEDICAL EXPERT IN THE EXAMINATION OF THE DOCUMENTS INCLUDED IN THE MATERIALS «MEDICAL» CASES

This article is devoted to the implementation of expert competence in the forensic medical examination of the documents included in the materials of criminal and civil «medical» cases, tailored to the needs of preliminary investigation and judicial practice.

Key words: *the competence of the forensic expert; examination of documents; «medical» cases.*

На современном этапе развития судебно-медицинские экспертизы по «врачебным» делам представляют особую сложность [11, с. 3]. Прежде всего, это связано с большим количеством неоднородных документов, входящих в материалы таких дел и требующих экспертного исследования. С одной стороны, наблюдается рост числа субъектов, осуществляющих контроль качества и безопасности медицинской деятельности за счет пополнения их числа страховыми компаниями, независимыми специалистами, общественными организациями. С другой стороны, совершенствуется методика расследования уголовных «врачебных» дел и одновременно происходит накопление судьями по гражданским делам опыта в рассмотрении «медицинских» исков [3, с. 11]. В совокупности это приводит к тому, что к материалам «врачебных» дел приобщается множество документов, изданных разными

субъектами по результатам различных правовых процедур. Нередко содержание этих документов противоречиво, подчас в них содержатся суждения и выводы, взаимно исключающие друг друга. В такой ситуации у правоприменителя нет иного выхода, кроме как предоставить весь собранный по делу материал в распоряжение эксперта с целью получения компетентной оценки всех имеющихся сведений для принятия обоснованного процессуального решения в дальнейшем. Задача, стоящая перед экспертом, требует правильного применения специальных знаний в рамках его профессиональной и процессуальной компетенции.

Экспертиза по материалам «врачебных» дел отличается от других видов судебно-медицинской экспертизы, в первую очередь, предметной областью [2, с. 8]. Проводя исследование трупа, живого лица, материалов дела, не связанного с оказанием медицинской помощи, эксперт применяет свои специальные знания к событиям и обстоятельствам немедицинского характера. При этом компетенция эксперта начинается и заканчивается там же, где и его специальные знания, практически никак не соприкасаясь с предметом правового спора. Во «врачебных» делах предмет спора изначально лежит в сфере медицинской деятельности, а специальные знания эксперта становятся каплей в море медицинской информации, содержащейся в документах, входящих в материалы дела. В этой связи при проведении экспертизы по материалам «врачебного» дела возникают специфические риски, избежать которых практически невозможно. С одной стороны, эксперт рискует выйти за пределы своей компетенции, подвергнув экспертной оценке то, что подлежит оценке исключительно правовой, а это приведет в дальнейшем к признанию заключения экспертизы недопустимым доказательством. С другой стороны, эксперту необходимо провести всестороннее исследование материалов дела, реализовать свою компетенцию в полном объеме, применяя специальные знания везде, где это возможно. При проведении судебно-медицинской экспертизы по «врачебному» делу эксперт нуждается в едином, четком и последовательном алгоритме исследования, применимом ко всем документам, входящим в материалы дела.

В последнее время постоянно обсуждается проблема недостоверности экспертных заключений по «врачебным» делам [7, с. 13]. Основной аргумент правоприменителей – наличие ложных сведений в первичной медицинской документации, на которой главным образом строятся выводы экспертов. Говоря о методике экспертного исследования материалов «врачебных» дел, следует признать, что опосредованное наблюдение процесса оказания медицинской помощи путем анализа первичных медицинских документов зачастую ограничивает возможности установления объективной истины. Медицинская документация создается сотрудниками лечебного учреждения, прямо или косвенно заинтересованными в представлении информации в таком виде, в каком она может повлиять на исход дела в пользу медицинской организации и/или медработника. В любом случае приоритет данных первичной медицинской документации препятствует проверке всех версий юридически значимого события, в результате чего версии истцов и потерпевших не получают полной и всесторонней судебно-медицинской оценки. В современной экспертной практике существует потребность в методике исследования не только первичных медицинских, но и иных документов, входящих в материалы «врачебных» дел. Вместе с тем правильное определение границ компетенции эксперта при исследовании различных документов представляет собой актуальную научно-практическую проблему.

Таким образом, судебно-медицинское исследование документов, входящих в материалы «врачебных» дел, в настоящее время характеризуется следующими признаками:

- большим разнообразием формы и содержания документов, составляющих материалы дела, а также разношерстностью субъектов-источников этих документов [1, с. 9]. К материалам дела приобщается почти все, что поступило в распоряжение следователя или судьи: всевозможные жалобы граждан на ненадлежащее оказание медицинской помощи, объяснительные записки, протоколы допросов, экспертные заключения из страховых компаний, решения судов и т.д. Иногда определить вид документа, представленного на экспертизу,

вовсе не представляется возможным. Авторы настоящей статьи наблюдали случай приобщения к материалам доследственной проверки «экспертного заключения», составленного сотрудником страховой медицинской организации (ОМС) по результатам проверки, проведенной страховой компанией на основании постановления следователя и по вопросам, указанным в постановлении. Процессуальное значение данного документа осталось неясным. При этом в нем содержались вполне обоснованные выводы о дефектах оказания медицинской помощи.

- трудностями в определении предметной области исследования, соответствующей компетенции эксперта. Эти трудности обусловлены не только комиссионным (комплексным) характером экспертиз по «врачебным» делам, при производстве которых необходимо четкое разграничение сегментов работы узких специалистов, но и особенностями предмета и оснований «медицинского» правового спора. Не имея возможности самостоятельно дать правовую оценку элементам состава предполагаемого правонарушения, следственные и судебные органы не оставляют попыток перенести экспертную деятельность в правовое поле, фактически превратив эксперта в правоприменителя, вооруженного специальными знаниями [5, с. 21; 8, с. 225]. В итоге эксперт вынужден распространить свою компетенцию на все материалы дела, доступные исследованию, и, прежде всего, на документы. В то же время поведение сторон в гражданском процессе зачастую превращает спор в профессиональную полемику, и вовлеченный в нее эксперт должен придерживаться правовых ориентиров, не отходя от предназначения экспертизы [2, с. 14].
- потребностью в использовании механизмов защиты экспертного заключения от необоснованных сомнений в недостоверности. Отличительной особенностью «врачебных» дел является пристальное внимание правоприменителей к заключению экспертизы как к главному объекту сомнения [1, с. 12]. Наряду с объективными причинами подобных сомнений, вызванных общей подведомственностью лечебных и судебно-экспертных учреждений, существуют преодолимые, устранимые причины, связанные с методикой экспертного исследования. Стороны «медицинского» спора, неудовлетворенные выводами экспертизы, все чаще апеллируют не столько к самим суждениям экспертов, сколько к их основаниям в части объема проведенных исследований, ссылаясь на то, что эксперты не исследовали часть документов, не оценили отраженных в них сведений, не приняли во внимание важнейших обстоятельств [2, с. 12]. Стремительно развивающаяся практика рецензирования экспертных заключений «независимыми» специалистами, атакующими как содержательную, так и процессуальную сторону заключений, делает вопрос о превентивной защите последних еще более актуальным. Затягивание процесса, когда следователь или суд назначает дополнительную (повторную) экспертизу, получив «независимую» рецензию, не способствует эффективному функционированию правоохранительной и судебной систем, порождает правовой нигилизм и подрывает авторитет судебно-экспертных учреждений и их сотрудников, в особенности в тех случаях, когда правоприменитель, пусть и временно, принимает сторону рецензента, чаще всего, выступающего единолично против всей экспертной комиссии, составленной из высококвалифицированных специалистов с большим опытом экспертной работы, учеными степенями и званиями.

Вышеперечисленные особенности и тенденции должны учитываться при проведении судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам с момента принятия экспертизы к производству. Полноценное и достаточное использование компетенции эксперта необходимо не только при формулировке выводов и составлении аналитической части заключения, но уже на этапе изучения представленных на экспертизу документов. При этом следует разделять профессиональную и процессуальную компетенции судебно-медицинского эксперта в рамках «врачебного» дела. **Профессиональная компетенция** представляет собой совокупность специальных знаний, практических умений и навыков эксперта, в том числе умений применять специальные знания

при исследовании документов. **Процессуальная компетенция** – это совокупность прав, обязанностей и полномочий эксперта как участника юридического процесса, предоставленных ему законодательством, при этом необходимо учитывать не только требования процессуальных кодексов, но и положения Федерального закона от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», а также нормы действующих подзаконных актов.

Ни одна из компетенций эксперта не является частью другой как целого. Так, эксперт не может самостоятельно собирать материалы для исследования, поскольку это не входит в его процессуальную компетенцию, хотя необходимость получения дополнительных материалов он определяет, пользуясь компетенцией профессиональной. В то же время ст. 57 и 204 УПК РФ, ст. 86 ГПК РФ ограничивают процессуальную компетенцию эксперта в части изложения выводов лишь предметом экспертного исследования и обстоятельствами, имеющими значение для рассмотрения дела, тем самым оставляя определение границ процессуальной компетенции в этой части на усмотрение эксперта, основанное на компетенции профессиональной.

Анализ законодательства, следственной и судебной практики позволяет утверждать, что процессуальная и профессиональная компетенции эксперта не совпадают на этапе судебно-медицинской оценки, формулировки суждений, выводов и ответов на поставленные вопросы. К примеру, авторам настоящей статьи встретился вывод экспертной комиссии о том, что хирурги во время операции действовали в условиях «крайней необходимости». Такой вывод являет собой выход за пределы процессуальной компетенции эксперта, поскольку п. 4 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 №28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» прямо запрещает ставить перед экспертами вопросы, связанные с правовой оценкой деяния. Следовательно, обстоятельства, исключающие преступность деяния, не могут быть установлены только экспертным путем [2, с. 12].

Вместе с тем процессуальная и профессиональная компетенции эксперта пересекаются и совпадают на этапе исследования

документов, входящих в материалы «врачебного» дела. Изучая представленные документы, эксперт использует свои специальные знания, т.е. знания в области медицины. В типичном случае, помимо общеизвестных фактов, только информация медицинского свойства будет доступна понимаю, интерпретации, анализу, синтезу и экспертному исследованию в целом при изучении любого документа, каким бы сложным он ни был по содержанию и «правовым» по характеру. Процессуальная компетенция эксперта есть установленный законом способ использования его специальных знаний, и в процессе исследования документов, приобщенных к материалам «врачебного» дела, процессуальная компетенция сводится к профессиональной компетенции. Изучая документы, эксперт не рискует превысить своей компетенции и фактически не может этого сделать. Документы чисто процессуального характера, связанные с продлением сроков предварительного расследования, избранием меры пресечения, признанием лица потерпевшим от преступления и т.п., пониманию эксперта недоступны и исследованию не подлежат. Если же эксперт располагает достаточной правовой подготовкой, ему тем более не составит труда установить признаки правовой оценки по форме и содержанию исследуемого документа и воздержаться от собственного исследования и дальнейшей оценки.

Гарантией сохранения предмета исследования в пределах компетенции эксперта выступает правовая оценка, результатом которой является каждый процессуальный документ. Обнаружив признаки правовой оценки (правоприменительного акта), эксперт исключает документ из числа материалов дела, подлежащих исследованию. При этом следует принимать во внимание только правовую оценку, данную дознавателем, следователем или судом в рамках дела, по которому назначена экспертиза. Правовая оценка может быть дана вне юридической процедуры разрешения дела, по которому проводится экспертиза. Это может быть заключение врачебной клинико-экспертной комиссии по результатам разбора смертельного случая на КИЛИ, заключение эксперта качества медицинской помощи, проведенной в порядке ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обяза-

тельном медицинском страховании в Российской Федерации» и т.п. Такая оценка на компетенцию эксперта не влияет, во всяком случае, эксперт не связан подобной оценкой в объемах исследования представленных ему документов [7, с. 3]. При этом переоценка выводов специалистов, экспертов и иных субъектов, их подтверждение либо опровержение не должно рассматриваться как самостоятельная цель судебно-медицинского исследования.

В ряде случаев исследование документов способно дать информацию наивысшей ценности, что особенно важно при отсутствии первичной медицинской документации (когда она не существует), ее недостаточности, неустранимых и достаточно обоснованных сомнениях в ее достоверности. Приведем пример из практики.

При проведении экстренной операции кесарева сечения наступила смерть роженицы на операционном столе. Показанием к операции было акушерское кровотечение, вызванное отслойкой плаценты. Кровотечение было обнаружено при амниотомии. Медицинская документация заполнялась после завершения операции, после смерти. При исследовании истории родов обнаружилось большое количество несоответствий и противоречий в хронологии описываемых событий. Восстановить картину произошедшего позволило тщательное исследование протоколов допросов медицинских работников. В своих показаниях акушеры-гинекологи, проводившие операцию, сообщили о чрезмерном вздутии петель тонкой кишки, отмеченном в ходе хирургического вмешательства почти одновременно с резким потемнением крови. В протоколе патологоанатомического вскрытия также было отмечено наличие раздутых газом петель кишечника диаметром до 2,5 см. Возникла гипотеза о непреднамеренной интубации пищевода, что вполне соответствовало данным секции: разлитые темно-фиолетовые трупные пятна, темная жидкая кровь в полостях сердца, полнокровие внутренних органов (макроскопически и гистологически), легкие, коллабированные до размеров сердца, переполненная кровью легочная артерия без признаков тромбоза. Предположение полностью подтвердилось в ходе исследования показаний врача-неонатолога, принимавшей ребенка в операционной, которая на допросе описала «грубый дующий звук из ануса женщины, совпадающий с циклом вдоха аппарата искусственной вентиляции легких». Фактически в протоколе допроса содержался патогномоничный признак нахождения интубационной трубки в просвете ЖКТ, что позволило сложить воедино обстоятельства случившегося. Ознакомившись с заключением экспертизы, врач-анестезиолог признал вину в преступлении, предусмотренном ч. 2 ст. 109 УК РФ. Данный пример наглядно иллюстрирует практическую значимость исследования всей совокупности документов при осуществлении ситуалогического подхода к судебно-медицинской экспертизе по «врачебным» делам, который разрабатывается учеными в настоящее время [9, с. 53; 12, с. 49]. Исследование документов, входящих в материалы «врачебного» дела, способно оказать неоценимую помощь в реконструкции обстоятельств неблагоприятного исхода лечения.

Методика исследования документов, входящих в материалы «врачебных» дел, должна обеспечивать эффективное использование специальных знаний эксперта, его умений и навыков изучения документов, составляющих профессиональную экспертную компетенцию. В основе методики должен лежать ряд исходных положений:

1. Оценка пригодности документов к исследованию должна проводиться по критериям относимости, допустимости и достоверности содержащихся в них сведений [1, с. 9; 7, с. 3].

2. Экспертному исследованию подлежат только те сведения из документов, изучение которых служит средством опосредованного наблюдения процесса оказания медицинской помощи и требует применения специальных знаний и профессиональных компетенций эксперта [2. с. 15].

3. Оценка медицинской информации, содержащейся в документах, составляющих материалы дела, входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта. Информация, полученная из документов, пропущенная через призму специальных знаний эксперта, обработанная и преобразованная в оценочное суждение – конечный продукт экспертной деятельности, может быть положена в основу выводов [2, с. 10].

4. Исследование документов, входящих в материалы дела, должно быть обязательным этапом судебно-медицинской экспертизы по «врачебному» делу. Надлежащий объем такого исследования предполагает изучение всех документов, не ограничиваясь первичной медицинской документацией.

Список литературы:

1. *Баринов Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О. Письменные доказательства в судебном процессе о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинское право: теория и практика. 2017. №1(5) С. 9-14.*
2. *Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Предметная область судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. 2010. №3 С. 8-15.*
3. *Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. №1. С. 11-14.*
4. *Ерофеев С. В., Эделев Н.С., Малахов Н.В., Семенов А.С. Проблема экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи: мониторинг, развитие и современное состояние // Судебная медицина. 2017 №1. С. 4-10.*
5. *Ковалев А.В., Плетянова И.В., Фетисов В.А. Пределы экспертной компетенции в оценке нарушений требований ведомственных нормативных правовых документов при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в уголовном судопроизводстве // Судебно-медицинская экспертиза. 2014. №5. С. 21-24.*
6. *Козырев В.А., Калинин Р.В. Выход за пределы компетенции при работе судебного медика и патологоанатома с клиническими случаями // Медицинская экспертиза и право. 2012. №3. С. 3-6.*
7. *Колкутин В.В., Кадочников Д.С., Ракитин В.А., Недоборенко А.О. К вопросу о научном обосновании алгоритмов оценки достоверности медицинских документов // Судебно-медицинская экспертиза. 2010. №5. С. 13-15.*
8. *Кушнарев А.П. Использование специальных знаний в расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей медицинскими работниками // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2016 №8-9. С. 225-230.*

9. *Леонов С. В., Козлов С. В. Судебно-медицинская экспертиза по «врачебному» делу как один из видов ситуалогической экспертизы // Судебно-медицинская экспертиза. 2011. №3. С. 53-55.*
10. *Лобан И.Е., Исаков В.Д., Лаврентюк Г.П., Быховская О.А., Филатов А.И. Статистическая характеристика экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях и преступлениях медицинских работников (по материалам СПб ГБУЗ «БСМЭ» 2009-2014 гг.) // Медицинское право: теория и практика. 2015 №1(1). С. 269-274.*
11. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С. В. Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право. Федеральный научно-практический журнал. 2014. №6 (58). С. 3-8.*
12. *Юрасов В.В., Смахтин Р.Е. К вопросу о порядке проведения судебно-медицинских экспертиз по так называемым «врачебным делам» // Проблемы экспертизы в медицине. 2016. №01-02. С. 49-51.*

Об авторах:

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, доцент, доктор медицинских наук ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва: e-mail: Ev.barinov@mail.ru

Калинин Руслан Эдуардович – аспирант кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Barinov Evgeny Hristoforovich – professor of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, the associate professor, the doctor of medical sciences FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, Moscow

Kalinin Ruslan Eduardovich – the graduate student of the department of forensic medicine and the medical right of medical faculty FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, Moscow

Romodanovsky Pavel Olegovich – the head of the department of forensic medicine and the medical right of medical faculty, professor, the doctor of medical sciences FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, Moscow

© Баринов Е.Х., Калинин Р.Э., Ромодановский П.О., 2017

Голощапов-Аксенов Р.С., Пиголкин Ю.И., Кича Д.И. Морозов К.М.

ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ КРИТЕРИЕВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЙ

В статье представлен анализ научной литературы и судебно-медицинской практики для обоснования разработки критериев судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций.

Ключевые слова: *рентгенэндоваскулярные операции, неблагоприятный исход, судебно-медицинские критерии.*

Roman S. Goloshchapov-Aksenov, Yurii I. Pigolkin, Dmitrii I. Kicha, Konstantin M. Morozov

RATIONALE FOR THE DEVELOPMENT OF CRITERIA FOR FORENSIC MEDICAL EVALUATION OF ADVERSE OUTCOMES OF ENDOVASCULAR PROCEDURES

This article presents an analysis of scientific literature and forensic medicine to substantiate the development of criteria for forensic evaluation of adverse outcomes of endovascular procedures.

Key words: *endovascular procedures, adverse outcomes, forensic medical criteria's.*

Под «неблагоприятным исходом» в медицинской практике понимают результат (следствие) развития заболевания и проведения лечебно-диагностических мероприятий (действия или бездействие медицинских работников), которые оказались хуже ожидаемого – от возникновения осложнения и сохранения симптомов болезни до развития инвалидности и смерти больного [1, 2].

Рентгенэндоваскулярные процедуры относятся к минимально инвазивным высокотехнологичным хирургическим методам лечения различных заболеваний, которые в настоящее время стали приоритетной альтернативой традиционным операциям и отличаются ограничением применения общего обезболивания и уменьшением размеров хирургического доступа с целью повышения уровня качества жизни больного, комфортного его состояние во время подготовки и проведения операции, снижения рисков развития прогнозируемых осложнений и уменьшения сроков послеоперационной реабилитации.

Несмотря на относительную безопасность рентгенэндоваскулярных операций, неблагоприятные исходы при их выполнении возникают и широко описаны в научной литературе. Пульсирующая гематома, ложная аневризма артерий, забрюшинное кровотечение, острая сердечная недостаточность и контраст-индуцированная нефропатия в литературе представлены, как наиболее часто встречающиеся осложнения рентгенэндоваскулярных процедур. Частота фатальных осложнений при выполнении рентгенэндоваскулярных вмешательств по данным литературы составляет 1-2% [3, 4, 5, 6].

Неблагоприятные исходы в медицинской практике в последние годы все чаще приводят к обращению пациентов и/или их родственников в правоохранительные органы, возросло количество уголовных процессов и гражданско-правовых споров по вопросам ненадлежащего оказания медицинской помощи, и, соответственно судебно-медицинских экспертиз [7, 8, 9]. Критерии судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций отсутствуют [10-15].

Обоснование разработки критериев судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций является актуальной проблемой и является целью нашего исследования.

В данной статье мы представляем предложенные критерии судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей и обоснование их внедрения в практику.

Материал и методы

Обоснование и разработку судебно-медицинских критериев оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных процедур проводили на основании данных научной литературы, анализа результатов 6 комиссионных судебно – медицинских экспертиз, 28 адвокатских запросов и ответов на них и 621 медицинских карт стационарных больных, которым выполняли рентгенохирургические операции на артериях нижних конечностей.

Для анализа неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей мы использовали следующие критерии:

1. Причина неблагоприятного исхода (человеческий фактор, отказ оборудования, дефекты организации медицинской помощи);
2. Физиологический механизм осложнения;
3. Танатогенез (в случае наступления смерти больного);
4. Правильность и своевременность лечебных действий при развитии неблагоприятного исхода в рентгеноперационной, в отделении реанимации и интенсивной терапии, в профильном отделении;
5. Прогностические критерии (предвиделось ли осложнение).

Нормативно-правовые акты, на основании которых разрабатывали судебно-медицинские критерии оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей представлены ниже:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Российская газета от 23 ноября 2011 г. №26;
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Зарегистрировано в Минюсте РФ 17 мая 2017 г. Регистрационный 46740;
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 октября 2015 №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование». Зарегистрировано в Минюсте РФ 12 ноября 2015 г. Регистрационный №39696;
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №918н;
5. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Зарегистрировано в Минюсте РФ 29 декабря 2012 г. Регистрационный №26483;
6. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2011 г. Регистрационный №19614;
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». Зарегистрировано в Минюсте РФ 13 августа 2008 г. Регистрационный №12118;
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 июня 1998 г. №198 «О дальнейшем развитии рентгенохирургических методов диагностики и лечения». Текст приказа опубликован в журнале «Здравоохранение» 1998 г. №10;
9. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 2 августа 1991 г. №132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики» с изменениями и дополнениями. В дополнение к настоящему приказу изданы приказ Минздравмедпрома РФ от 5 апреля 1996 г. №128 и приказ Министерства здравоохранения РФ от 16 июня 1993 г. №137;
10. Методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» (утв. Директором ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, главным внештатным специалистом по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, доктором медицинских наук А.В. Ковалевым) 29 сентября 2015 г.). Письмо Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2015 г. №14-1/10/2-6632;
11. Решение Коллегии Минздрава РФ от 4 февраля 2003 г. «Об утверждении концепции развития службы лучевой диагностики» (протокол №2).

Для анализа использованы также Российский консенсус: Диагностика и лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей 2002 г. [16]; Рекомендации Трансатлантического межобщественного согласительного документа по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий 2007 г. [15]; Реко-

мендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению заболеваний периферических артерий 2011 г. [18]; Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей 2013 г. [17].

Результаты и их обсуждение

Анализ литературных данных свидетельствовал об отсутствии разработанных критериев судебно-медицинской оценки неблагопритяных исходов рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей.

Сложности проведения судебно-медицинской оценки качества рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения связано с рядом причин [2, 10-15]:

1. Спецификой организации рентгенэндоваскулярной помощи в Российской Федерации, характеризующейся разграничением функциональных обязанностей между лечащими врачами профильных отделений, которые определяют стратегию лечения больного, устанавливают показания для рентгенэндоваскулярного или альтернативного способа лечения, и врачами-специалистами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, зона профессиональной ответственности которых ограничена рентгеноперационной.
2. Отсутствие утвержденных Минздравом РФ рекомендаций и клинических протоколов определения показаний для выполнения рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей;
3. Вероятностный, предположительный характер рекомендаций Трансатлантического межобщественного согласительного документа по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий TASC II 2007 года;
4. Отсутствие судебно-медицинских критериев оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций.

Обширная клиническая практика показывает, что неблагоприятные события, связанные с выполнением рентгенэндоваскулярных операций, могут возникать как на этапе выполнения процедуры, так и в послеоперационном периоде, в том числе при технически правильно выполненной операции. Одним из основных критериев эффективности и безопасности проведения рентгенэндоваскулярной операции является результат финальной контрольной ангиографии – наличие или отсутствие экстравазации рентгенконтрастного средства или диссекции стенки сосуда. Экстравазация рентгенконтрастного средства свидетельствует о ятрогенном сквозном повреждении стенки артерии, а диссекция – о расслоении и несквозном повреждении стенки артерии.

В таблице 1 представлены данные о неблагоприятных исходах и частоте их возникновения, полученные при изучении медицинских карт стационарных больных облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, которым выполняли рентгенэндоваскулярное вмешательство и результатов судебно-медицинских экспертиз.

Таблица 1.

Неблагоприятные исходы при выполнении рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей

Неблагоприятные исходы	Абс. количество (n), частота (%)	Фатальный исход
Связанные с введением анестетиков и методом анестезии.	n=3 / 0,4%	–
Связанные с местом пункции и катетеризацией сосуда доступа	n=173 / 27,8%	n=8 / 0,85%
Связанные с внутрисосудистым введением рентгеноконтрастного вещества	n=1 / 0,1%	–
Связанные с внутрисосудистой манипуляцией (диссекция, перфорация, разрыв)	n=41 / 6,6%	n=1 / 0,1%
Связанные с квалификацией рентгенэндоваскулярных специалистов (стаж работы менее 5 лет/отсутствие специализации по сердечно-сосудистой хирургии)	n=36 / 40 87% / 96%	–
Связанные с действиями/бездействием медицинского персонала	–	n=7 /87,5%

Изучение летальных исходов пациентов, которым выполняли рентгенэндоваскулярные процедуры на артериях нижних конечностей показало, что причиной смерти во всех случаях был гиповолемический шок вследствие развившегося забрюшинного кровотечения из места пункции общей бедренной артерии доступа или повреждения наружной или общей подвздошной артерии. Осложнения во всех случаях возникли при технически верно выполненной рентгенэндоваскулярной операции. Финальную контрольную ангиографию выполняли во всех случаях, экстравазация рентгенконтрастного средства не выявлена. Дефектом оказания медицинской помощи явились поздняя диагностика геморрагического осложнения и «выжидательная» тактика для принятия решения остановки кровотечения хирургическим или рентгенэндоваскулярным способом.

В таблице 1 показано, что сравнительно высокая частота развития неблагоприятных исходов отмечена в практике врачей по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, имеющих стаж работы по специальности менее 5 лет, а также не имеющих профессиональную переподготовку по сердечно-сосудистой хирургии, соответственно 87% и 96%. Установлено, что причинами осложнений были нарушения методики пункции общей бедренной артерии по Сельдингеру и проведения гемостаза.

Для судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций мы предлагаем следующие критерии:

1. Показания к проведению рентгенэндоваскулярной операции;
2. Техника выполнения рентгенэндоваскулярной операции на артериях нижних конечностей;
3. Выбранный инструментарий для выполнения рентгенэндоваскулярной операции на артериях нижних конечностей;
4. Наличие подтвержденных инструментальными методами обследования признаков неблагоприятного исхода рентгенэндоваскулярной операции, развившегося во время операции или в послеоперационном периоде на госпитальном этапе лечения больного;
5. Возможность развития неблагоприятных исходов после технически верно проведенной рентгенэндоваскулярной операции;

6. Наличие прямой причинно-следственной связи между действиями врача-специалиста по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению и развитием неблагоприятного исхода;
7. Наличие прямой причинно-следственной связи между действиями/бездействием врача – реаниматолога и/или лечащего врача-хирурга/сердечно-сосудистого хирурга и развитием неблагоприятного исхода рентгенэндоваскулярной операции.

Выводы

1. Обоснованием разработки критериев судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных процедур является их отсутствие.
2. Неблагоприятные исходы рентгенэндоваскулярных процедур могут возникать при технически верно выполненной операции и могут быть связаны, как с дефектом работы специалиста по рентентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, так и с действиями/бездействием лечащего врача и/или врача-реаниматолога;
3. Анализ практического использования в судебно-медицинской практике предложенных критериев оценки неблагоприятных исходов рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей позволит в будущем сделать более аргументированные выводы их эффективности для оценки качества оказываемой рентгенохирургической медицинской помощи при различных заболеваниях.

Список литературы:

1. *Пиголкин Ю.И., Дубровина И.А., Мирзоев Х.М. Методические основы экспертной оценки неблагоприятных исходов лечения. Судебно-медицинская экспертиза. 2011. №2. С. 27-29.*
2. *Решетников П. Г., Синявская О.П. Проблемы расследования уголовных дел о преступлениях в сфере оказания медицинской помощи. Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск. 2016; 15:160-161*
3. *Белякин С. А., Иванов В.А., Иванов А.В., Сидорович Л.К., Царев А.М., Пермяков С. В., Поляков И.И., Жариков С. Б., Базанов И.С. Частота и причины возникновения состояний, требующие неотложной помощи при рентгенэндоваскулярных исследованиях и вмешательствах. Международный Журнал интервенционной кардиоангиологии. 2013; 35:26-27.*

4. *Болотов В.В., Витек М.Н., Любов В.Г. Анестезиологическое обеспечение рентгенэндоваскулярных вмешательств. Научный вестник здравоохранения Кубани. 2014;3(33):82-87*
5. *Струк Ю.В., Козлова Л.В., Якушева О.А. Осложнения рентгенэндоваскулярных вмешательств у больных ишемической болезнью сердца на фоне сахарного диабета. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010;4(3):388-391*
6. *Bradbury A.W., Adam D.J., Bell J., Forbes J.F., Gerry F., Fowkes R., Gillespie I., Ruckley C.V., Raab G.M. BASIL trial Participants. Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) trial: An intention-to-treat analysis of amputation-free and overall survival in patients randomized to a bypass surgery-first or a balloon angioplasty-first revascularization strategy. J. Vasc. Surg. 2010; 51(Suppl. 5):5-17.*
7. *Пиголкин Ю.И. Судебная медицина: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014:728.*
8. *Исламов Ш.Э. Неблагоприятные исходы в медицинской практике. Сибирский медицинский журнал. 2010; 4:114-118.*
9. *Heinemann A., Vagel H., Heller M., Tricas A., Pushel K. Investigation of medical intervention with fatal outcome: the impact of postmortem CT and CT-angiography. Radiol. Med. 2015;120(9):835-845*
10. *Витер В.И., А.Р. Поздеев, И.В. Гецманова. Юридическая и экспертная оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников. Под ред. Пашиняна Г.А. Ижевск. 2007:380.*
11. *Кавтеладзе З.А., Былов К.В., Дроздов С. А. Ангиопластика и стентирование поверхностной бедренной артерии. Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2011;24:52-53.*
12. *Карпенко А.А., Чернявский М.А., Кужугет Р.А. Стародубцев В.Б. Реканализация, ангиопластика и стентирование при окклюзии поверхностной бедренной артерии. Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2011;24:61-62*
13. *Покровский А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей в двух томах. М: Медицина. 2004;1:54.*
14. *Bradbury A.W. Bypass versus angioplasty in severe ischemia of the leg (BASIL) Trial: What Are Its Implications? Sem. Vasc. Surg. 2009;22(4):267-274.*
15. *Mohler E. 3rd, Giri J. Management of peripheral arterial disease patients: comparing the ACC/AHA and TASC-II guidelines. Curr. Med. Res. Opin. 2008;24(9):2509-22.*

16. *Российский консенсус: Диагностика и лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Документ совещания экспертов рабочей группы под председательством Покровского А.В. Москва. 2002:40.*
17. *Национальные рекомендации по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией (Российский согласительный документ). Часть 1. Периферические артерии. М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2010;27-109.*
18. *ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J. 2011;32(22):2851-906.*

Об авторах:

Голощапов-Аксенов Роман Сергеевич – руководитель отделения сердечно-сосудистой хирургии НУЗ «Научный клинический центр ОАО «РЖД», кандидат медицинских наук, врач высшей категории, доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии Российского университета дружбы народов, Москва, e-mail: mzmo-endovascular@mail.ru

Пиголкин Юрий Иванович – заведующий кафедрой судебно-медицинской экспертизы Первого Московского Государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, член-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор, Москва

Кича Дмитрий Иванович – заведующий кафедрой организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФПКМР Медицинского института Российского университета дружбы народов, доктор медицинских наук, профессор, Москва

Морозов Константин Моисеевич – руководитель направления сердечно-сосудистой хирургии клиники ООО «1 хирургия», доктор медицинских наук, Москва

Roman S. Goloshchapov-Aksenov – Head of cardiovascular surgery department of Science Clinical Center of Russian Railway, MD, PhD, Moscow

Yurii I. Pigolkin – Head of Forensic medical Department, First Sechenov Moscow State Medical University, DM, professor, academician, Moscow

Dmitrii I. Kicha – Head of Department of Health Care Organization, Drug Supply, Medical Technologies and Hygiene of the Medical Institute of Peoples Friendship University of Russia, DM, professor, Moscow

Konstantin M. Morozov – Head of cardiovascular department of clinic «First surgery», DM, professor, Moscow

© Голощапов-Аксенов Р.С., Пиголкин Ю.И., Кича Д.И., Морозов К.М., 2017

Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СЛУЧАЯХ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена применению компьютерных технологий анализа 2D и 3D изображений в расследовании случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи с учетом современных достижений трехмерного моделирования и сканирования.

Ключевые слова: *цифровая фотография, трехмерное моделирование и сканирование, ненадлежащее оказание медицинской помощи.*

Sergey V. Erofeev, Yury Y. Shishkin, Alexandra S. Fedorova

THE USE OF 3D COMPUTER TECHNOLOGY IN THE CASES OF IMPROPER MEDICAL CARE

the Article is devoted to application of computer technologies the analysis of 2D and 3D imaging in the investigation of cases of improper medical care taking into account modern achievements of three-dimensional modeling and scanning.

Key words: *digital photography, three-dimensional modeling and scanning, improper medical assistance.*

В медицинской практике регистрация и надёжное сохранение электронной копии объекта имеет неоспоримое юридическое значение.

Совершенствование компьютерных технологий и применение цифровой фотографии (2D) позволили нам детально регистрировать макроскопическую картину как при экспертизе живых лиц, так и при судебно-медицинском исследовании трупа. Развитием наших исследований было не только совершенствование процесса иллюстрирования заключений, но и глубокий математический анализ цифровых 2D изображений для объективизации судебно-медицинской диагностики. Зрительная оценка цифровой фотографии или непосредственной морфологической картины имеет высокую долю субъективности. Применение компьютерного анализа числовых значений элементов изображений позволило достигнуть высокого уровня объективности в морфологической диагностике.

Избрав повреждения кожи в качестве объекта изучения, мы обнаружили, что применение цифровой диагностики и компьютерный анализ графических 2D копий этих повреждений имеет значение как для прозекторской практики, так и для клинической диагностики кожных проявлений при различных заболеваниях. Безусловно, закономерности, выявленные при исследовании цифровых фотографий заболеваний и повреждений кожи, разработанный подход к изучению проблемы, применимы и для исследований морфологической картины при других заболеваниях, не связанных с поражением кожи [1].

С развитием цифровых технологий в медицину активно внедряются элементы трехмерного моделирования. Существуют трехмерные томографы, которые позволяют строить в объеме рентгенографические изображения внутренних органов, применяются приемы 3D моделирования некоторых биологических процессов. Следует отметить чрезвычайно высокую стоимость такого оборудования, значительную трудоемкость этих операций и ориентированность для решения узких задач. Нами разработана и апробирована технология универсального сканирования и трехмерного моделирования биологических объектов (UST – Universal Scanning Technology) [2]. Универсальность заключается в возможности сканирования одним устройством объектов, имеющих разные размеры – от мелких (1x1 мм) до крупных (в несколько метров). Включение современных средств и приемов 3D-моделирования расширяет перспективы для диагностики и идентификации. В судебной медицине применение технологии делает реальным получение обзорной трехмерной модели трупа, его отдельных сегментов, создание точной трехмерной копии повреждений, следов-наложений, их характера, взаиморасположения с масштабированием, т.е. с возможностью последующих измерений в копии. С помощью данной технологии можно создавать не только модели для архива, но и многократно проводить детальный анализ объектов с эффективным увеличением в 1000 раз и возможностью измерений с точностью до 5 микрон, создавать модели в инфракрасном спектре и проводить исследования на предмет обнаружения скрытых малозаметных повреждений и

следов. Разработанная технология может быть успешно применена для диагностики объектов в биологии, судебной медицине, медицинской криминалистике, клинической медицине (дерматология, онкология, хирургические заболевания) [3]. Важным достоинством использования 3D технологии является проведение исследований при динамических взаимоотношениях объектов, т.е. в сочетании объема и движения. В учебном процессе использование 3D моделирования позволяет преподавание медицинских дисциплин сделать нагляднее, с впечатляющим эффектом присутствия и иллюзией изучения реального объекта, без потери его значимых информативных свойств. Динамическая составляющая позволит передать этапы формирования повреждений и заболеваний, и в ряде случаев может оказать значительную помощь в наглядном рассмотрении случаев ненадлежащего выполнения медицинских манипуляций.

Технология универсального и непосредственного сканирования, позволяющая получать высококачественные 2D и, особенно, 3D изображения имеет очевидные преимущества для обеспечения доказательности, иллюстративности и обоснованности экспертных заключений. Это особенно важно в таких сложных случаях, как экспертиза трупа или живого потерпевшего при подозрении на правонарушения медицинского персонала.

В таких случаях за 15-20 минут эксперт получает виртуальную объемную копию объекта. Преимуществами создания такой копии являются:

- повторное исследование любой поверхности копии неограниченное количество раз;
- увеличение любого участка поверхности, заинтересовавшего эксперта до 1000 крат;
- измерение интересующих исследователя деталей с точностью до 5 мкм;
- точное исследование рельефа объекта для выявления микропатологии без окраски – средствами векторной графики.

Это позволяет наглядно представить такие патологические микрообразования, как аневризмы, мальформации, колотые повреждения легкого при пунктировании, состояние аорто-коронарных шунтов при АКШ, состояние плода при ранних сроках беременности, изучить детально на макроизображении поверхнсотьь плаценты. Следует подчеркнуть, что при достаточном опыте получения трехмерной копии трупа или внутренних органов занимает 15-30 минут.

Правомерность использования такого рода иллюстраций как доказательств обоснована нами ранее [4, 5].

Использование разработанной универсальной технологии сканирования предоставляет широкие возможности для сохранения и анализа 3D моделей повреждений, следов, травмирующих предметов, морфологических проявлений заболеваний и эффективной их идентификации в клинической и судебной медицине.

Список литературы:

1. *Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С. О технологиях анализа изображений как средствах повышения объективности и достоверности судебно-медицинских экспертиз. Судебная медицина. 2017. т. 3. №2. С. 17-24.*
2. *Шишкин Ю.Ю., Ерофеев С.В., Федорова А.С. Устройство для сканирования и создания трехмерных моделей повреждений и следов. ПМ. Патент №172398. Бюллетень ФИПС. №19, 6.07.2017. С. 1/6-6/6.*
3. *Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С. Актуальные направления применения 3D технологий в судебной медицине. Судебная медицина. 2016. Т. 2. № 2. С. 159-160.*
4. *Ерофеев С.В. Роль цифровой фотографии в оценке случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи / С.В. Ерофеев, Ю.Ю. Шишкин // Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья». Москва-Новосибирск 13-14 сентября 2006 г.: Национальная ассоциация медицинского права // Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева. Новосибирск, 2006. С. 93-97.*
5. *Ерофеев С. В. Правомерность применения цифровой фотографии в экспертной практике. / С.В. Ерофеев, Ю.Ю. Шишкин // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия, Москва, 13-15 апреля 2005 г. М.: НАМП, 2005. С. 221-223.*

Об авторах:

Ерофеев Сергей Владимирович *– заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, Иваново, e-mail: sva 00011@rambler.ru*

Шишкин Юрий Юрьевич *– профессор кафедры судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктор медицинских наук, Иваново, e-mail: shishkinuu@ rambler.ru*

Федорова Александра Сергеевна *– судебно-медицинский эксперт ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», Иваново*

Sergey V. Erofeev *– the head of the department of forensic medicine and law of the «Ivanovo state medical Academy», professor, doctor of medical sciences, Ivanovo*

Yury Yu. Shishkin *– professor of the department of forensic medicine and law of the «Ivanovo state medical Academy», doctor of medical sciences, Ivanovo*

Alexandra S. Fedorova *– forensic medical expert of the «Bureau of forensic medical examination of the Ivanovo region» Ivanovo*

© Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С., 2017

Ерофеев С.В., Эделев Н.С.

ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ

В работе представлено развитие проблемы ответственности медицинских работников в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи за последние 30 лет. Наиболее подробно представлены признаки активности Следственного комитета РФ за прошедшие 3 года. Изложены предложения, следующие из судебно-медицинской практики, что поможет совершенствованию экспертно-правовой оценки в случаях неблагоприятного исхода медицинской помощи.

Ключевые слова: *правонарушения медицинских работников, неблагоприятный исход медицинской помощи, расследование, экспертиза и предупреждение преступлений в медицине.*

Sergey V. Erofeev, Nikolay S. Jedelev

EXPERT- LEGAL OPINION OF UNFAVOURABLE ENDS OF MEDICARE: THE PAST AND PRESENT

In this paper the development problems of medical malpractice in connection with improper medical care over the past 30 years. The most detailed signs of activity of the Investigative Committee of the Russian Federation for the past 3 years. The following sets out the suggestions of forensic practice, which will help improve the expertise of the legal assessment in cases of adverse outcome of care.

Key words: *offence of health workers, health care adverse outcome, investigation, forensics and crime prevention in medicine.*

На наших съездах вошло в традицию проводить за прошедший период анализ проблемы экспертно-правовой оценки неблагоприятных исходов медицинской помощи. Сегодня я бы хотел представить вашему вниманию изменения по этой проблеме, происшедшие в значительно больший промежуток времени – с начала 90-х годов.

Так случилось, что начальные изменения в обществе по отношению к медицинским происшествиям совпали с выходом неординарной и основательной диссертации Ю.Д. Сергеева и его монографии (1988), где была представлена экспертная и судебно-следственная практика по «врачебным делам», характерная для Советского Союза.

В дальнейшем и в обществе, и у правоохранителей активность в уголовном и гражданском преследовании медицинских работников нарастала очень существенно. Непосредственными участниками анализа материалов уголовных и гражданских дел в отношении медицинского персонала всегда являются судебные медики. Поэтому именно в нашем профессиональном сообществе впервые было обращено внимание на рост количества «врачебных дел», а затем и на качественные изменения в расследовании медицинских происшествий. И весьма важно, что сейчас в это сообщество профессионалов, которое интересует проблема неблагоприятного исхода медицинской помощи, объединено более сотни врачей и юристов. Именно благодаря профессиональному общению с ними мы можем утверждать, что за последние 30 лет в экспертно-правовой оценке медицинских происшествий произошли изменения. В основе их находится рост активности и правосознания населения и активизация судебно-следственных органов. Изменения эти носили однотипный характер в разных регионах страны и могут быть разделены на несколько периодов.

– Сначала 90-х годов прошлого века отмечена первая волна роста судебно-медицинских экспертиз в связи оказанием медицинской помощи: за 5 лет число их возросло в 3-13 раз. Получает развитие гражданско-правовой путь удовлетворения претензий в судах за причинение вреда здоровью при оказании медицинской помощи; это наблюдается преимущественно в крупных городах. Характерно, что в окончательной редакции обновленного в те годы Уголовного Кодекса РФ (1997) специальные статьи о причинении смерти и вреда здоровью при ненадлежащем оказании медицинской помощи так и не появились.

– С 2000 по 2010 годы продолжается рост случаев уголовного и гражданского преследования врачей в несколько раз по сравнению с 1990 годом. Это происходит по-прежнему по инициативе пациентов или их родственников. Частота гражданских исков в некоторых субъектах РФ выравнивается с частотой уголовных дел, а размер удовлетворенных исков достигает 5 млн. рублей, что значительно выше, чем при удовлетворении исков в связи с совершением умышленных убийств.

– После 2010 года наступает третий период, и в последние 7 лет случаи неблагоприятного исхода медицинской помощи стали предметом особого внимания Следственного Комитета России. Это выразилось в следующем:

– Назначение судебно-медицинских экспертиз не только по возбужденным уголовным делам, но и при всех доследственных проверках.

– Возбуждение уголовного дела или проверки практикуется не только по жалобам потерпевших, но и при их отсутствии – по инициативе следственных органов.

– С 2016 года появилась инициатива СК РФ: создание при региональных Управлениях СК РФ собственных экспертных групп, отделенных от судебно-медицинской службы страны, – для производства экспертиз по «медицинским делам». В течение года опыт создания этих экспертных подразделений был проанализирован в СК РФ и в 2017 году рекомендован к распространению по всей стране. Принципы этой работы изложены в специальном письме СК РФ «Об организации в Следственном Комитете РФ судебно-медицинской экспертизы». Следует подчеркнуть, что более 90 лет государственная судебно-медицинская служба страны добросовестно и успешно ведет экспертизы в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Однако в обществе при активном вмешательстве средств массовой информации в последние годы сформировано устойчивое мнение о медицинской корпоративности. По этой причине мнению государственных судебно-медицинских экспертов, работающих в системе здравоохранения, пациенты и следователи не доверяют. Нам как экспертам с 40-летним стажем такая позиция представляется абсурдной, но изменить мнение о корпоративности невозможно.

– С 2017 года по инициативе СК РФ органам управления здравоохранением во многих регионах России предложено заключить соглашения с органами следствия: добровольно и без жалоб родственников сообщать органам полиции и СК РФ обо всех случаях смерти беременных, рожениц, новорожденных, детей и подростков до 18 лет. По каждому из этих сообщений органы СК РФ вправе возбудить проверку или уголовное дело. В пра-

вопримененительной практике появляется новый термин – «ятрогенные преступления».

– Особое внимание СК РФ стал уделять обеспечению квалификации следователей при расследовании «ятрогенных преступлений» [2, с. 5]. Поэтому в Академии СК РФ активизировано обучение следователей в области методики расследования медицинских происшествий, в программы обучения следователей во всех регионах страны введены аналогичные семинары [1, с.12-14]. Вырос уровень информированности следователей о правовых регламентах медицинской деятельности. В процессе общения со следователями стала заметна их специализация в области правовых основ работы врачей.

– Обращает на себя внимание нормотворческая инициатива СК РФ: запланирован проект изменений в УК РФ в части введения специальной нормы об ответственности за причинение вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.

– Новыми нормами, вероятно, будет дополнен КоАП РФ – об административной ответственности за нарушение порядков оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз (статьи 6.34 и 6.35 в проекте изменения КоАП [5, с. 3-6].

– Расследование «ятрогенных преступлений» в 2015-2017 году стало предметом нескольких совещаний в СК РФ и в СУ СК субъектов РФ, а также темой программного выступления Председателя СК РФ А.И. Бастрыкина в журнале «Вестник СК РФ» [2, с. 11-14].

Реализация мероприятий проведена с результатами:

– в регионах инициатива о заключении соглашений между органами управления здравоохранением и правоохранительными органами, предусматривающая экстренное сообщение о фактах смерти детей, подростков и рожениц единодушной поддержки не получила;

– СК РФ рассчитывает получать эту информацию через территориальные управления Росздравнадзора [2, с. 13], активность которых уже проявилась в 2017 году в сборе информации о расхождении морфологического и клинического диагноза 2 и 3 категории;

– ряд нормативно-правовых мероприятий по изменению действующего Порядка комиссионных судебно-медицинских экспертиз следует ожидать со стороны МЗ РФ [1, с. 5];

– Минздрав России намерен предложить помощь СК РФ в организации обучения следователей методике выяснения обстоятельств, связанных с «врачебными ошибками» [1, с. 5].

Все это свидетельствует о нарастающем внимании общества к случаям неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи. Это одна из немногих сфер деятельности, которая удостоена сейчас столь пристального внимания правоохранителей.

Однако всем, кто знаком с историей возникновения Всемирной Ассоциации медицинского права (WAML), известно, что она появилась в связи с «эпидемией претензий» к медикам в 60-70-е годы прошлого века в странах Западной Европы и США. Неадекватно высокая активность правоохранителей в сочетании с обвинительным уклоном следствия и суда уже однажды привели к снижению престижа профессии врача, существенному дефициту кадров в ургентных специальностях, развитию негативных признаков «оборонительной медицины». Причем, как следует из наших совместных работ с Ю.Д. Сергеевым [6, с. 97-157, с. 268-276], уголовному и гражданскому преследованию подвергаются чаще не начинающие, а опытные врачи, обязанные принимать решения в наиболее сложных случаях, ответственные, с незапятнанной репутацией. Подтверждение этому есть и в западной медико-правовой практике.

Даже при поверхностном представлении о такого рода последствиях становится очевидным их негативное значение для системы здравоохранения и общественного здоровья. У судебных медиков не вызывает сомнений дальнейший рост преследования врачей по подозрению в ненадлежащем оказании медицинской помощи. Поэтому закономерно возникает вопрос: что делать?

На наш взгляд, сложившаяся тревожная ситуация в сфере ответственности медицинских работников не позволяет откладывать ряд важных мероприятий. И эта деятельность в системе здравоохранения может быть полезной не только для судебно-медицинской службы, для ЛПУ, органов управления здравоохране-

нием, но и для правоохранительных органов. В первую очередь сейчас быстрый эффект могут дать следующие мероприятия:

1. Ответственный и дальновидный подход к формированию нормативной правовой базы здравоохранения – именно с точки зрения использования её в качестве критериев качества и безопасности медицинской деятельности. Это касается клинических рекомендаций, протоколов лечения, порядков. Однозначного исключения из критериев качества требуют стандарты оказания медицинской помощи.

2. Радикальное разрешение вопроса об оплате комиссионных экспертиз по «врачебным делам» при их производстве вне субъектов РФ, где имело место происшествие. Это решение быстро и эффективно сократит сроки производства экспертиз и организационных действий следствия. Для СК РФ это будет разрешением давней и очень важной проблемы.

3. Система здравоохранения может и должна иметь систему мониторинга неблагоприятных исходов медицинской помощи. Она может быть организована на любом уровне – от отдельного крупного ЛПУ до субъекта РФ или округа.

Сейчас богатейший материал для приобретения опыта по разрешению конфликтов с пациентами, по построению системы управления медицинскими рисками, по правильному формированию судебно-следственной практики используется непростительно мало [3, с. 111; 4, с. 4-10]. А по стране он огромен: только за первую половину 2016 года в России проведено 1870 доследственных проверок, из них в 419 случаях возбуждены уголовные дела. И это – не считая гражданского судопроизводства. Такой объем информации достоин системного анализа и важен, в частности, для системы здравоохранения по следующим основаниям [3, с. 111; 6, с. 245-249, с. 256-263]:

– Для выявления круга необоснованных претензий, их типичных вариантов, поводов для их возникновения, способов предупреждения.

– Для приобретения коллективного опыта в системе здравоохранения по профилактике и разрешению конфликтов с пациентами.

– Для организации системы профилактики правонарушений в медицине.

– Для целенаправленного выявления рисков медицинской деятельности у врачей разных специальностей и в ЛПУ разного профиля; совокупность рисков, особенности их проявления, причины и условия их реализации – это основа для столь необходимой сейчас здравоохранению системы управления медицинскими рисками.

– Для использования в системе комплексной стандартизации, обеспечения качества и безопасности медицинских услуг.

Не меньшее значение анализ судебно-следственной практики по медицинским происшествиям имеет для органов правоохранительной системы [4, с. 5-10; 6, с. 264-265]:

– Для планомерной ликвидации дефектов назначения и организации экспертиз в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи;

– Для разработки типичных (унифицированных) методик расследования в случаях со сходными обстоятельствами: по совпадающим нозологическим формам, медицинским вмешательствам, медицинским специальностям, с учетом фактора негативного поведения пациента.

– Для установления типичных признаков и разновидностей правового казуса, неосторожности и иных правовых характеристик случая.

– Для обучения следователей методике анализа многофакторных влияний на процесс оказания медицинской помощи.

– Для суждения об общем уровне полноты и степени объективности комиссионных экспертиз в субъекте РФ.

В качестве инструмента для ведения мониторинга мы предлагаем комплекс прикладных программ «Medi», адаптированный к современной медико-правовой практике, который дает возможность регистрировать, анализировать, сохранять в неограниченном объеме информацию о медицинских происшествиях, формализовав её по 290 параметрам [6, с. 251-264]. Структура, возможности и особенности внедрения комплекса «Medi» подробно изложены нами в работах 2003-2010 годов.

Мы уверены, что в нынешней ситуации, тревожной для системы здравоохранения и требующей действий от правоохранителей, не имеющих достаточного опыта и действующих в условиях не сформировавшейся судебно-следственной практики, надо прежде всего хорошо знать предмет конфликта между ЛПУ и пациентом. Это одинаково важно и для Минздрава России, и для правоохранителей. Путь детального познания объективной и субъективной стороны медицинского инцидента, процесса экспертизы и следствия мы предлагаем к использованию и готовы к внедрению его в конкретных условиях.

Список литературы:

1. *Алексеев П. Что стоит за ятрогенными преступлениями. Врачебную ошибку подводят под статью // Медицинская газета. 2017. №79 (20.10.2017). С. 5.*
2. *Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершенным медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник СК РФ. 2017. № 1. С. 11-14.*
3. *Ерофеев С. В., Малахов Н.В., Тимофеев Д.Н. Мониторинг современных особенностей сложных экспертиз по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи // В сб.: XIV Московская Ассамблея «Здоровье столицы». Тезисы докладов. 19-20 ноября 2015 г. С. 111-112.*
4. *Ерофеев С. В., Эделев Н.С., Малахов Н.В., Семенов А.С. Проблема экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи: мониторинг, развитие, современное состояние // Судебная медицина. 2017. Т. 3. № 1. С. 4-10.*
5. *Законопроект №1093620-6. О внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения.*
6. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. 293 с.*

Об авторах:

Ерофеев Сергей Владимирович *– заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, Иваново, e-mail: sva 00011@rambler.ru*

Эделев Николай Серафимович – начальник ОБУЗ «Нижегородское областное Бюро судебно- медицинской экспертизы», заведующий кафедрой судебной медицины Нижегородской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник здравоохранения РФ, Нижний Новгород, e-mail: sudmedex-nn@mail.ru

Sergey Vladimirovich Erofeev – Head of the Bureau of Forensic Medical Examination of the Ivanovo Region, Head of the Department of Forensic Medicine and Law of the Ivanovo State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Health Worker of the Russian Federation, Ivanovo

Nikolay Serafimovich Jedelev – Head of the Nizhny Novgorod oblast «OBUZ Bureau of Forensic Medical», Head of the Department of Forensic Medical of the Nizhny Novgorod State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Health Worker of the Russian Federation, Nizhny Novgorod

© Ерофеев С.В., Эделев Н.С., 2017

Каменская Н.А.

ТЕНДЕНЦИИ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНЫЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМ, УСТАНАВЛИВАЮЩИХ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В работе представлено развитие проблемы ответственности медицинских работников в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи за последние 30 лет. Наиболее подробно представлены признаки активности Следственного комитета РФ за прошедшие 3 года. Изложены предложения, следующие из судебно-медицинской практики, что поможет совершенствованию экспертно-правовой оценки в случаях неблагоприятного исхода медицинской помощи.

Ключевые слова: *правонарушения медицинских работников, неблагоприятный исход медицинской помощи, расследование, экспертиза и предупреждение преступлений в медицине.*

Kamenskaya N.A.

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

The paper presents the development of the problem of the responsibility of medical workers in connection with improper provision of medical care for the last 30 years. The most detailed signs of the activity of the Investigative Committee of the Russian Federation for the past 3 years. Suggestions following from forensic medical practice are stated, which will help improve the expert-legal assessment in cases of unfavorable outcome of medical care.

Key words: *offenses of medical workers, unfavorable outcome of medical care, investigation, examination and prevention of crimes in medicine.*

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

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

В данной статье рассмотрены две группы исковых обращений:

1. обращения в суд о признании незаконным решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в части выделения объемов медицинской помощи;
2. требования о взыскании задолженности по договору на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, возникающие из договорных отношений в системе ОМС.

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

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

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

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

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

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

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

Применяя указанные нормы, суды ссылаются на положения:

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

При этом суды приходят к следующим выводам: решение о выделении каждому медицинскому учреждению конкретного объема медицинской помощи должно быть мотивировано как принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими учреждениями региона в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, так и показателями, применимыми к данному лечебному учреждению (показатель потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, учитывая потребность застрахованных в медицинской помощи и их право на выбор медицинской организации). Следовательно, выделение комиссией недостаточных объемов медицинской помощи нарушает право медицинского учреждения, включенного в реестр медицинских организаций, на получение финансового обеспечения своей деятельности за счет средств территориальной программы ОМС.

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

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

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

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

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

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

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

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

Применяя указанные нормы, суды ссылаются на положения:

- статей 15, 20, 33, 36-39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- статьи 11, 19, частей 1 и 3 статьи 81 Федерального закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н
- Приказа Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» [4];
- исходят из подтвержденного факта действительного оказания медицинских услуг по программе обязательного медицинского страхования.

При этом суды приходят к следующим выводам:

- федеральное законодательство не ставит в зависимость возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание гражданам, застрахованным в системе ОМС, бесплатной помощи; следовательно оказанные медицинские услуги являются страховыми случаями и подлежат оплате в заявленном размере;
- поскольку территориальная программа обязательного медицинского страхования является гарантией обеспечения граждан медицинской помощью, то медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, не вправе отказать в предоставлении медицинской помощи гражданам при наступлении страхового случая [5];

- обязательность обращения медицинской организации в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС за перераспределением установленных объемов и/или выделением дополнительных объемов медицинской помощи законом не предусмотрено;
- нормативно-правовыми актами не предусмотрено право медицинской организации обращаться в территориальный фонд обязательного медицинского страхования за выделением средств нормированного страхового запаса для оплаты оказанной медицинской помощи [6];
- отказ территориального фонда в выделении дополнительного финансирования за счет нормированного страхового запаса для покрытия расходов на оплату медицинских услуг не является основанием для освобождения страховой медицинской организации от имеющихся у нее обязательств перед лечебным учреждением.

Список литературы:

1. *Годовалова М.Н. Понятие и значение презюмирования вины в гражданском праве // Вестник Пермского университета. Юридические науки.- выпуск 4 (октябрь-декабрь 2013 г.). С.62.*
2. *Пашенцев Д.А. Особенности вины в гражданском праве // Журнал Экономика и право. XXI век. № 4, октябрь-декабрь 2015 г. С. 53-57.*
3. *Анучин П.М. Первичный обзор системы страхования гражданской ответственности в связи с Проектом Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» от 01.09.10 г. // Менеджер здравоохранения». № 12, декабрь 2010 г. С. 54.*
4. *Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». URL:http://internet.garant.ru/#/document/12180688/paragraph/9310:2*
5. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL:http://internet.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:0*
6. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования. URL:http://internet.garant.ru/#/document/12183423/paragraph/42072:2*
7. *Приказ Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 227 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования». URL:http://internet.garant.ru/#/document/12182432/paragraph/1:8*
8. *Определение Верховного Суда РФ от 29 апреля 2016 г. № 309-КГ16-3191. URL:http://internet.garant.ru/#/document/71389188/paragraph/1:4*
9. *Определение Верховного Суда РФ от 12 апреля 2016 г. № 310-КГ16-3206. URL:http://internet.garant.ru/#/document/71377756/paragraph/1:6*

Об авторе:

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

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

© Каменская Н.А., 2017

Козлов С.В.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Статья посвящена проблеме легитимации судебно-медицинских экспертиз, в рамках которых проводится экспертиза качества оказания медицинской помощи.

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

Kozlov S.V.

QUESTIONS OF EXPERTISE OF QUALITY OF MEDICAL ASSISTANCE IN THE PRODUCTION OF FORENSIC MEDICAL EXPERTISE OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF MEDICAL WORKERS

The article is devoted to the problem of legitimization of forensic medical examinations, within the framework of which expertise is being carried out on the quality of medical care.

Key words: *forensic medical examination, the quality of medical care.*

Качество оказания медицинской помощи, охрана прав и свобод человека при ее оказании и тесно связанная с этим проблема ответственности медицинских работников за неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи всегда были и остаются крайне актуальными в обществе и медицине [9]. Экспертиза качества медицинской помощи в силу определенной специфики проблемы затрагивает интересы многих государственных, общественных, частных и прочих организаций и учреждений, а также отдельных граждан [3]. Кардинальные изменения нормативной, организационной, технологической и экономической базы здравоохранения обусловили особую актуальность проблемы неблагоприятных исходов медицинской помощи, их судебно-медицинской экспертизы и ответственности медицинского персонала [4]. В то же время, работа в судебно-медицинских комиссиях демонстрирует судебным медикам и врачам клиницистам, что уровень медико-правовых знаний медицинского персонала крайне низок,

а правовая подготовка специалистов как важнейшая часть общей профессиональной подготовки врача, находится в неудовлетворительном состоянии [1, 11]. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» №73-ФЗ (ФЗ), новые Уголовный кодекс, Гражданский кодекс, Уголовно-процессуальный кодекс РФ внесли ряд принципиально новых положений в организацию и производство судебно-медицинских экспертиз как по уголовным, так и по гражданским делам. Введение в действие указанных актов, направленных на соблюдение гарантированных Конституцией РФ прав и свобод граждан, правовых основ государственной экспертной деятельности, независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, обусловило необходимость приведения в соответствие с требованиями законодательства ведомственных нормативных документов, регламентирующих порядок организации и оформления всех видов судебно-медицинских экспертиз [6].

Производство судебно-медицинских экспертиз, связанных с оценкой качества проводимого лечения по факту неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, является наиболее сложным и трудоемким видом экспертиз. Прежде всего, это связано с вопросами организации экспертной деятельности. Так, при производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы по факту умышленного убийства, в состав экспертной комиссии включаются, как правило, штатные сотрудники бюро судебно-медицинской экспертизы. Это могут быть эксперты-танатологи, эксперты-гистологи, химики, биологи и пр., но все вышеперечисленные специалисты имеют общую первичную подготовку по специальности – судебная медицина. Согласно ст. 16 ФЗ эксперт не может производить экспертизу, вопросы которой выходят за пределы специальных познаний. Область специальных познаний судебно-медицинского эксперта определена в таких нормативных документах, как программа обучения судебной медицины студентов медицинских ВУЗов, последипломного обучения, сертификационного экзамена по судебной медицине, кандидатского экзамена и в данном случае, чаще всего, ответы, на вопросы, поставленные перед экспертами, не выходят за пределы специальных познаний.

Несколько по иному обстоит дело при производстве экспертиз, связанных с оценкой качества оказания медицинской помощи, выявлением дефектов оказания медицинской помощи, так называемых неблагоприятных последствий лечения. В данном случае, оценка правильности оказания медицинской помощи самостоятельно одним экспертом, или комиссией состоящей только из судебно-медицинских экспертов, не имеющих дополнительной профессиональной подготовки, невозможна. Так как данная область знаний, а именно клиническая медицина, не входит в программу обучения судебно-медицинских экспертов, а, следовательно, ответ на данных вопрос выходит за компетенцию судебно-медицинского эксперта. Таким образом, перед руководителем государственного экспертного учреждения встает вопрос о привлечении к производству экспертиз высококвалифицированных узких специалистов, по той или иной клинической специальности, вопросы которой стоят перед экспертной комиссией. Данные специалисты решают сложные клинические вопросы, формулируя свое мнение в виде выводов в заключении эксперта, которое вместе с выводами, в том числе и экспертов-клиницистов, подписывают и судебно-медицинское эксперты, хотя они являются некомпетентными в соответствующей области судебной медицины [2, 6]. Судебно-медицинский эксперт может только разъяснять выводы, сформулированные при совместном их обсуждении в ходе проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы [5].

Между тем, выход из этой, на первый взгляд непростой ситуации, очевиден. ст. 23 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» сформулирована следующим образом: «При производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы экспертами разных специальностей (комплексная экспертиза) каждый проводит исследование в пределах своих специальных знаний. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной экспертизы, указываются какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвующий в производстве комплексно экспертизы, прописывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность. Общий вывод делают эксперты, компетентные в оценке полученных результатов и формулировании данного вывода. Если основанием общего вывода являются факты, установленные одним или несколькими экспертами, это должно быть указано в заключении» [10]. Таким образом, для устранения процессуальных и организационных разногласий, экспертизы, связанные с оценкой профессиональной деятельности медицинских работников, необходимо производить в рамках ст. 23 ФЗ, т.е. как комплексные судебно-медицинские экспертизы.

Для производства судебно-медицинских экспертиз по так называемым «врачебным делам», с целью оценки проведенных лечебных и диагностических мероприятий, привлекаются консультанты из числа наиболее опытных специалистов в той или иной области клинической медицины. Нами было проанализировано более 400 комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в различных регионах Российской Федерации, по делам связанным с оказанием медицинской помощи. На разрешение экспертной комиссии помимо вопросов, касающихся наличия у потерпевших того или иного заболевания, какие виды медицинской помощи были оказаны и какие должны быть оказаны, наличие дефектов оказания медицинской помощи, своевременность ее оказания и пр., в 270 постановлениях о назначении экспертиз (что составило 67,5%), в той или иной интерпретации, стоял вопрос: Имелись ли какие-либо недостатки качества оказания медицинской помощи? Качество оказания медицинской помощи это вопрос организации лечебного процесса в ЛПУ, назначения лекарственных препаратов, дополнительных исследований, своевременность и последовательность процедур и т.д. Однако, ответ на этот вопрос не входит в компетенцию судебно-медицинских экспертов. Согласно действующим нормативным документам экспертиза (контроль) качества медицинской помощи выделено в самостоятельный вид экспертной деятельности [7,8]. Учитывая положения данного приказа, в состав экспертной комиссии, при производстве данного вида судебно-медицинских экспертиз, должен быть, включен врач экс-

перт-организатор, имеющий базовую подготовку по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» и тематическое усовершенствование по программе – экспертиза качества медицинской помощи. В компетенцию данного специалиста будут входить ответы на вопросы связанные с организацией оказания лечебно-диагностической помощи на всех этапах пребывания больного в лечебном учреждении, а также оценка, в целом, качества проведенных медицинских манипуляций. Тогда с точки зрения действующего законодательства и нормативных актов экспертизы будут выполнятся без каких-либо нареканий со сторон – участников процесса.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 4 мая 2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // Российская газета от 6 мая 2011 г. №97.*
2. *Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю., Тимошенкова Т.В. Правовая основа по оказанию качественной медицинской помощи // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера 2006. №10. С.117-126.*
3. *Буромский И.В., Кильдюшов Е.М. Предложения по стандартизации терминологии, используемой при оценке качества оказания медицинской помощи. // Судебно-медицинская экспертиза 2007. №3. С. 17-20.*
4. *Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Хабаровск. Издательство ГОУ ВПО ДВГМУ, 2007. 490 с.*
5. *Ерофеев С.В., Новоселов В.П. Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике // Судебно-медицинская экспертиза 2008. №1. С. 35-38.*
6. *Зороастров О.М., Лоттер М.Г. К оценке компетенции судебно-медицинского эксперта при проведении судебно-медицинской экспертизы по «врачебному делу» // Судебно-медицинская экспертиза, 2009. №1. С. 55-56.*
7. *Капустин А.В., Исаев А.И. Некоторые актуальные вопросы организации производства судебно-медицинских экспертиз // Судебно-медицинская экспертиза, 2004. №1. С. 7-10.*
8. *Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006. 196 с.*
9. *Россинская Е.Р. Комментарий к Федеральному закону «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». М.: Право и закон; Юрайт-Издат, 2002, 384 с.*

10. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С. В. Ятрогенная патология – актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская экспертиза, 1998. № 6. С. 3-8.*

Об авторе:

Козлов Сергей Вадимович – врач судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ОГБУЗ «Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, Белгород, e-mail: svadkozlov@yandex.ru

Kozlov Sergey Vadimovich – forensic medicine expert of the department of complex examinations «Belgorod Bureau of Forensic Medical Examination», PhD, Belgorod

© Козлов С.В., 2017

Кузьмичев Д.Е., Баринов Е.Х., Скребов Р.В., Никулина Л.Р., Чирков С.В.

ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье отражена суть ятрогении, раскрыт исторический взгляд на ятрогенную патологию, приведена отечественная и международная статистика. В качестве наблюдения из практики описана ятрогенная патология в акушерстве и её последствия для пациента. Предложены возможные пути профилактики, в том числе, со стороны мирового медицинского сообщества.

Ключевые слова: *ятрогения, акушерство, эпизиотомия, эпизиорафия.*

Kuzmichev D.E., Barinov E.H., Skrebov R.V., Niculina L.R., Chircov S.V.

IATROGENIC PATHOLOGY IN CLINICL PRACTICE

The article reflects the essence iatrogenic, revealed historical view of the iatrogenic pathology, given the domestic and international statistics. As the observations from the practice described iatrogenic pathology in obstetrics and its impact on the patient. Possible ways of prevention, including by the world medical community.

Key words: *iatrogenic, obstetrics, episiotomy, episiorrhaphy.*

«…Я считал… своим священным долгом
откровенно рассказать читателям
о своей врачебной деятельности
и ее результатах, так как каждый
добросовестный человек,
особенно преподаватель, должен иметь
своего рода внутреннюю потребность
возможно скорее обнародовать свои ошибки,
чтобы предостеречь от них других людей,
менее сведущих…»

Н.И. Пирогов

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), ятрогении – это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидности или смерти, осложнениям медицинских мероприятий, развившимся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача.

Следует отметить, что ятрогенная патология включает в себя и такое понятие как «врачебная ошибка», под которой понимают один из видов дефектов оказания медицинской помощи, профессиональная ошибка медицинского работника, добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, атипичном течении заболевания и т.д. К врачебным ошибкам не относят случаи халатности, невнимательности или медицинского невежества. Медицинская ошибка не предусматривает юридической ответственности. Так же как понятие «врачебная ошибка», понятие «ятрогения» не является юридическим.

Сущность ятрогении может быть описана тремя группами слов:

1. описывающими механизм возникновения ятрогении (действие, вмешательства, влияния, поведение, поступки, высказывания, ошибки);
2. отвечающими на вопрос «что произошло?» (изменения, последствия, нарушения, расстройства, случай, осложнения, заболевания);
3. и, наконец, дающими качественную оценку свершившихся событий (неблагоприятные, негативные, отрицательные, вредные, нежелательные, побочные).

Отдельные клиницисты и организаторы здравоохранения все чаще соглашаются с мнением экспертов, которые считают, что по мере усложнения организации и технологий производства медицинских услуг уровень их безопасности снижается, а распространенность ятрогений принимает характер эпидемии [1, с. 61]. В этой связи следует отметить, что арсенал методов лечения становится всё более «агрессивным» по отношению к больному, а современные медицинские технологии вошли в противоречие с древней медицинской заповедью «не навреди». Управляющие структуры, в силу ряда обстоятельств, не решаются или не могут решить сформировавшуюся проблему безопасности медицинской помощи, что вынуждает наше общество обращаться к международному опыту [2, с. 3].

Статистика дефектов в сфере производства медицинских услуг вызывает правомерную озабоченность. По разным оценкам, в

США от этих дефектов ежегодно умирают более 100 тыс. человек, в Великобритании – 70 тыс., в Германии – 100 тыс., в Италии – около 90 тыс. пациентов. Более того, в США дефекты производства медицинских услуг занимают 5-е место среди причин смертности: каждые 15 минут в этой стране по вине врачей или недобросовестности медицинского персонала умирают пятеро пациентов.

В России ситуация в этом отношении, вероятно, не лучше. Однако статистика ятрогений в отечественной медицине до сих пор остается «дверью за семью печатями» [3, с. 231]. Лишь отдельные случаи становятся известными широкой аудитории с помощью СМИ (печатные издания, телевидение, интернет и т.п.). В то же время по разным оценкам только более трети всех лекарственных осложнений можно считать ятрогенными, причем большинство из них является серьезными, требующими госпитализации или ее продления, приводящими к стойкой потере или снижению трудоспособности, представляющие угрозу для жизни и даже приведшие к смерти пациентов.

В аналогичном ключе следует рассматривать ятрогении иного происхождения: диагностические, хирургические, наркозно- анестезиологические, трансфузионно-инфузионные, септические, профилактические и информационные. Учитывая, доказанным фактом, замалчивание информации о случаях ятрогений управляющими структурами отечественного здравоохранения и неэффективном функционировании системы контроля безопасности лекарств, правомерно предположить, что в реальной ситуации отечественная медицина производит значительное число услуг сомнительного уровня качества и безопасности.

Приведем наблюдение из экспертной практики, подтверждающее вышеизложенное.

К проктологу на прием пришла молодая женщина 21 года с жалобами на боли в прямой кишке, запоры, болезненные акты дефекации. Жалобы появились спустя две недели после выписки из роддома. Женщина «решила, что у нее послеродовый геморрой», самостоятельно использовала слабительные средства, ректальные свечи. В связи с отсутствием эффекта от лечения в течение месяца и усиливающимися болями обратилась к проктологу. При осмотре

– область ануса визуально не изменена, область промежности – справа имеется рубец после эпизиотомии, не гиперемирован, инфильтрации и отека в проекции нет. При ректальном исследовании – вход в прямую кишку свободный, через 3 см сужение канала, далее проходим для кончика исследующего пальца, исследования крайне болезненны. В свободной части образований не пальпируется. При ректороманоскопии обнаружено сужение канала прямой кишки на 3 см от входа, слизистая мацерированная, с участками язв, кровоточит. Взята прицельная биопсия с участков изъязвления слизистой оболочки прямой кишки. Выставлен предварительный диагноз: «Образование прямой кишки. Бластома? Образование околопрямокишечного пространства?». Результаты патогистологического исследования повергли всех в шок «Аденокарцинома». Рекомендована консультация в онкодиспансере. Чтобы не вдаваться в подробности и результаты обследования, скажем, что все результаты были в пределах нормы. Единственное, технически невыполнимой, оказалась колоноскопия – в связи с препятствием при манипулировании эндоскопом. Ирригоскопическое исследование дало сужение ампулы прямой кишки в средней трети.

При последующем пересмотре стеклопрепаратов онкологический процесс у пациентки не был подтвержден. На врачебный консилиум в онкодиспансере были приглашены акушеры-гинекологи, которые при вагинальном исследовании пациентки – образований в полости малого таза не выявили. Ультразвуковое исследование органов малого таза и мазка на онкоцитологию были также в пределах нормы.

Учитывая недавние роды и наличие эпизиотомии-эпизиорафии в анамнезе, было заподозрено прошивание стенок прямой кишки во время восстановления целостности промежности. При снятии швов со слизистой заднебоковой стенки влагалища и кожи, проходимость кишки была восстановлена. Повторный осмотр проктолога, ректороманоскопия, колоноскопия образований и каких-либо подозрительных на онкологию участков не выявил. Единственно на слизистой ректум в месте наложения швов были изъязвления, с которых быта взята биопсия, злокачественного роста обнаружено не было.

Таким образом, страшный диагноз явился следствием такой, на первый взгляд, технически несложной врачебной манипуляции как эпизиоррафия.

Выводы

Профилактика ятрогенных заболеваний физического происхождения должна состоять в разумном ограничении показаний к инструментальным методам исследования и оперативным вмешательствам диагностического и лечебного характера любого масштаба, в применении оперативных вмешательств, основанном лишь на тщательном и всестороннем изучении этиологии и патогенеза данного заболевания, его патофизиологических механизмов, и в применении тщательно отработанной хирургической техники, направленной на максимально бережное, щадящее обращение с тканями и органами во время операций.

Безусловно, что в данном случае, финал для молодой женщины закончился вполне благополучно. При этом, конечно, стоит отметить, все те «неприятные моменты», с которыми столкнулась пациентка, включая и онкологический диагноз, можно и нужно было избежать, всего лишь технически правильно выполнив соответствующие медицинские манипуляции в стационаре, далее не пропустить и выявить осложнение на этапе оказания амбулаторной помощи в женской консультации, консультирования проктологом и, наконец, правильно оценить гистопрепараты в патологоанатомическом отделении.

Скажем несколько слов о медицинских манипуляциях в виде эпизиотомии и эпизиоррафии. Эпизиотомия должна производиться строго по показаниям. По сравнению с накладыванием трех слоев швов, усовершенствованный метод с двумя слоями снижает болевые ощущения и обеспечивает лучшее восстановление промежности. По всем этим причинам во время Мирового Конгресса Перинатальной медицины в сентябре 2007 года во Флоренции Новая Европейская Хирургическая Академия (NESA) начала кампанию против эпизиотомии. Ведущие хирурги распространяют информацию, которая помогает прояснить, сколько вреда и ненужных страданий причиняет роженицам эта процедура. Знание физиологии родов и опыт защиты промежности во время рождения головки

– это основные требования для эффективного родовспоможения без «ненужных» разрывов. Эпизиотомия как любая иная врачебная манипуляция должна проводиться только в случаях, когда она абсолютно показана. Это позволяет избежать не только необоснованных и необдуманных действий, но и тем самым избежать связанных с этим осложнений и дальнейших последствий.

Список литературы;

1. *Сундуков Д.В., Баринов Е.Х., Ромодановский П. О. О работе круглого стола «Ответственность врачей: врачебная ошибка, дефекты оказания медицинской помощи». Судебно-медицинская экспертиза. №5. М., 2011. С. 61-62.*
2. *Долецкий С.Я. Ятрогении. М, 1989. 32 с.*
3. *Витер В.И., Поздеев А.Р., Гецманова И.В. Юридическая и экспертная оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников. Под ред. проф. Г.А. Пашиняна. Ижевск, 2007. 383 с.*

Об авторах:

Кузьмичев Денис Евгеньевич – врач – судебно-медицинский эксперт КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий Восточным отделом аппарата управления, преподаватель БУ ХМАО-Югры «Нижневартовский медицинский колледж», Мегион

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И. Евдокимова Минздрава России, доцент, доктор медицинских наук, Москва, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Скребов Роман Владимирович – заместитель начальника по экспертной работе, врач – судебно-медицинский эксперт КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Ханты-Мансийск

Никулина Ляйсан Росиловна – врач – судебно-медицинский эксперт КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Мегион

Чирков Сергей Викторович – начальник КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, Ханты-Мансийск

Kuzmichev Denis Evgenyevich – the doctor – the forensic scientist KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the teacher of BU KhMAO-Yugra «Nizhnevartovsk medical college», the manager of East department of management personnel, Megion

Barinov Evgeny Hristoforovich – professor of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty FGBOU of VO MGMSU of A. I. Evdokimov of the Russian Ministry of Health, the associate professor, the doctor of medical sciences, Moscow

Skrebov Roman Vladimirovich – the deputy chief on expert work, the doctor – the forensic scientist KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», Khanty-Mansiysk

Niculina Laysan Rosilovna – the doctor – the forensic scientist of East department KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination» Megion

Chircov Sergey Viktorovich – the chief KU KhMAO-Yugra «Bureau of forensic medical examination», the candidate of medical sciences, Khanty-Mansiysk

© Кузьмичев Д.Е., Баринов Е.Х., Скребов Р.В., Никулина Л.Р., Чирков С.В., 2017

Кузнецов С.В.

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В статье приводится интегрированный подход к судебно-медицинской оценке медицинских фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи. Данный подход успешно применяется более трех лет на практике в управлении криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза, недостатки оказания медицинской помощи, дефекты медицинской помощи, причинно-следственные связи, вред здоровью.*

Semyon V. Kuznetsov

THE PROCEDURE FOR THE ORGANIZATION AND TECHNIQUE OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF PROFESSIONAL OFFENCES OF MEDICAL WORKERS

The article presents an integrated approach to forensic assessment of the medical facts of inadequate medical care. This approach is successfully applied for more than three years in practice in the department of criminology of the Main investigation department of the Investigative committee of the Russian Federation in Saint-Petersburg.

Key words: *forensic examination, disadvantages of medical care, defects of medical care, causation, harm to the health.*

Главное следственное управление Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу (далее по тексту – ГСУ СК РФ по г. СПб) имеет опыт более чем трехлетней работы в экспертном сопровождении собственными экспертными силами расследования уголовных дел и проведения доследственных проверок по фактам ненадлежащих профессиональных деяний медицинских работников [3, с. 131].

Чаще всего задействование упомянутых специалистов медико-биологического судебно-экспертного профиля осуществляется в следующих формах:

1. рецензирование собственными специалистами ГСУ СК РФ по СПб заключений ранее проведенных судебно-медицинских экспертиз;
2. участие собственных специалистов при осмотре медицинских документов и предметов с дачей необходимых пояснений;
3. допрос с участием собственного специалиста оказывавших помощь врачей;
4. допрос с участием собственного специалиста участников экспертной комиссии ранее проведенного судебно-медицинского экспертного исследования;
5. допрос собственного специалиста с дачей им необходимых показаний под ответственность, предусмотренную ст. 307 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13 июня 1996 года №63-ФЗ (редакция Федерального закона от 26 июля 2017 года №203-ФЗ) (далее по тексту – УК РФ);
6. Производство собственными экспертными силами комиссионных судебно-медицинских экспертиз и исследований.

Что касается первых пяти пунктов, то можно констатировать, что данные следственные и иные процессуальные действия в большинстве своем являются подготовительными, в том смысле, что определяют целесообразность, необходимость и возможность производства судебно-медицинской экспертизы оказания медицинской помощи собственными экспертными силами ГСУ СК РФ по СПб. В условиях постоянной и значительной занятости тех же экспертов по судебно-генетическому направлению целесообразно по каждой потенциально назначаемой судебно-медицинской экспертизе оказания медицинской помощи предварительно проводить судебно-медицинское исследование. Данное судебно-медицинское исследование требует меньшего интеллектуально-волевого участия следователя в его назначении, затрачивает на свое выполнение гораздо меньшее количество времени и экспертных ресурсов, однако при всем этом определяет перспективу производства соответствующей экспертизы. В определенных таким образом нерезультативных для следствия случаях дальнейшее выполнение судебно-медицинской экспертизы оказания медицинской помощи собственными экспертными силами ГСУ СК РФ по СПб может и не потребоваться.

В случаях привлечения собственных судебно-медицинских экспертов, порядок производства судебно-медицинских экспертных исследований, применяемый в ГСУ СК РФ по г. СПб, включает в себя несколько этапов [5, с. 27]:

1. Предварительный судебно-медицинский анализ предоставленных медицинских документов и объектов с письменным поручением (обязательно включающим сведения о лице и органе, назначившем экспертное исследование; номере уголовного дела или материала проверки; инкриминируемой статье и событии преступного деяния; дате и времени преступления; наименованиях предоставляемых материалов с указанием количества листов медицинских и иных документов; а также данные потерпевших и подозреваемых).

2. Уяснение задачи, поставленной следствием в оригинальной редакции, и экспертный прогноз результатов решения такой задачи.

3. Коммуникация с органом, назначившим экспертное исследование, с целью определения перспективы предлагаемой экспертной инициативы (в случае наличия таковой по результатам 1 и 2 этапов).

4. Исследование имеющихся медицинских сведений посредством их судебно-медицинского анализа в одной плоскости понимания с лицом, назначившим судебно-медицинское экспертное исследование, с позиций обстоятельств, подлежащих доказыванию согласно ст. 73 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. №174-ФЗ (редакция Федерального закона от 29 июля 2017 года №251-ФЗ).

5. Судебно-медицинская оценка результатов исследования – обоснование выводов экспертного заключения.

6. Выводы – дача ответов на поставленные вопросы и доведение инициативных положений.

Пункты 1 и 2 реализуются с помощью чтения экспертом предоставленных материалов (либо надлежащим образом заверенных их копий), пункт 3 – посредством вербального общения эксперта и следователя, пункты 4, 5 и 6 являются «написательными», то есть представляют собой собственно производство экспертного исследования согласно авторской методике (и ее алгоритму)

производства судебно-медицинских экспертных исследований по ятрогенным преступлениям [7, с. 28].

Даная методика прошла апробацию и показала свою эффективность в течение трехлетнего периода своего применения на значительном количестве материала [4, с. 81], а также была одобрена и рекомендована к использованию профессиональным сообществом криминалистов, судебных экспертов и юристов [Решение собрания №2 Сообщества Балтийских криминалистов от 17 марта 2017 года].

Согласно рассматриваемой методике представляется, что ненадлежащее действие (бездействие) медицинских работников следует расценивать как «разновидность причин», которые определяют неизбежность наступления неблагоприятных последствий вплоть до летального исхода. При этом преступление может совершаться как в форме действия (когда речь идет о неадекватных действиях медика), так и в форме бездействия (когда всесторонние меры по улучшению состояния пациента фактически не принимаются) [2, с. 42].

Под ненадлежащностью медицинской деятельности предлагается понимать либо необусловленное, либо необоснованное, либо несвоевременное, либо технически неправильное, либо недостаточное медицинское деяние [1, с. 108]. Таким образом «ненадлежащность» подразумевает под собой судебно-медицинский эквивалент юридического понятия «противоправность» профессионального деяния медицинского работника.

На сегодняшний день в уголовном судопроизводстве в отношении профессиональных деяний медицинских работников, сопровождающихся так называемыми «врачебными» ошибками, применяются составы преступлений, предусмотренные следующими статьями УК РФ: ч. 2 ст. 109; ч. 2 ст. 118; ст. 124; ст. 125; ст. 293 (для медицинских работников, являющихся должностными лицами); п. «в» ч. 2, ч. 3, а также ч. 1 ст. 238.

Учитывая, что большинство названных составов УК РФ материальные, при расследовании «профессиональных медицинских» преступлений и проведении доследственных проверок в первую очередь установлению и доказыванию подлежат:

1. Факт ненадлежащего оказания медицинской помощи (услуг).
2. Вред здоровью в результате оказания (неоказания) медицинской помощи.
3. Причинно-следственная связь между 1 и 2.

Выяснение указанных обстоятельств осуществляется посредством постановки и решения соответствующих вопросов в рамках судебно-медицинской экспертизы.

Согласно упомянутой методике данные вопросы решаются следующим образом:

1. Имелись ли недостатки (дефекты) оказания медицинской помощи в отношении пациента Х., если да, то какие?

Оценка лечебно-диагностического процесса включает в себя квалификацию медицинского вмешательства по 5 основным позициям:

- обусловленность;
- обоснованность;
- своевременность;
- техника исполнения;
- полнота [1, с. 108].

В случае несоблюдения хотя бы одного из 5 критериев, оказанная медицинская помощь квалифицируется как ненадлежащая, то есть имеющая соответствующий недостаток (дефект).

2. Какова степень тяжести вреда здоровью исхода, реализовавшегося у пациента Х.?

Степень тяжести вреда здоровью в случаях медицинских правонарушений – это разница между имевшимся до медицинского вмешательства уровнем здоровья пациента и состоянием его здоровья после оказания медицинской помощи.

3. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между ненадлежащим оказанием медицинской помощи пациенту Х. и возникшим исходом?

Недостаток (дефект), установленный в рамках решения вопроса №1, должен быть причиной реализовавшегося исхода. То есть моделирование ситуации без данного недостатка (дефекта) должно обеспечивать не возникновение дальнейшей цепи событий, приведшей к оцениваемому исходу. Учитывая это, согласно

описываемой методике, прямая причинно-следственная связь определяется от обратного: «Исключало ли бы надлежащее оказание медицинской помощи наступление имевшегося у пациента Х. исхода?».

К сожалению, рассматриваемое направление судебно-медицинских экспертных исследований крайне тяжело поддается унификации, однако упрощенно и сокращенно алгоритм обсуждаемой методики можно представить следующим образом:

1. Устанавливаем этиологию и патогенез имевшего место исхода (танатогенез смерти) либо подтверждаем / уточняем их в случае согласия с ранее проведенными экспертными исследованиями.

2. Определяем последний период / этап в этиопатогенезе (развитии) реализовавшегося исхода, когда надлежащее медицинское воздействие достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление данного исхода, а также имело основание и возможность быть выполненным.

3. В случае если такой период / этап имел место вне лечебно-диагностического процесса, то событие «врачебного» преступления отсутствует. Иными словами, рассматриваемый исход уже предопределен независимо от того будет ли оказана медицинская помощь. Если такой период / этап был в рамках лечебно-диагностического процесса, то определяем лицо, обязанное выполнить соответствующие меры медицинского характера, а также вид и объем последних.

4. Определяем, осуществил ли данный медицинский работник необходимые меры – устанавливаем, допустил ли он недостатки (дефекты) медицинской помощи, либо подтверждаем / уточняем их в случае согласия с ранее проведенными экспертными исследованиями:

а) Если рассматриваемый медицинский работник необходимые меры не осуществил, то определяем, имел ли он основание и возможность к их выполнению. В случае отсутствия объективных медицинских оснований к указанным мерам, профессиональные деяния данного работника не являются ненадлежащими. В случае отсутствия возможности оказания необходимой медицинской помощи устанавливаем, имели ли место в соответствии с ч. 1 ст. 124 УК РФ уважительные медицинские причины такого бездействия (объективное отсутствие необходимых медицинских сил и средств, болезнь или травма самого врача, оказание в данный момент помощи другому и т.п.). Если таких причин не было, то констатируем прямую (определяющую) причинно-следственную связь между дефектом в виде элемента бездействия и возникшим исходом, при условии, когда в анализируемый период / этап надлежащее медицинское воздействие достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление реализовавшегося исхода. Иными словами, допущенный недостаток медицинской помощи в виде элемента бездействия закономерно определил наступление неблагоприятного исхода, то есть находится с ним в прямой (определяющей) причинно-следственной связи.

б) Если рассматриваемый медицинский работник осуществил необходимые меры ненадлежащим образом (учитывая ранее указанные критерии надлежащности), то констатируем прямую (определяющую) причинно-следственную связь между дефектом в виде действия и возникшим исходом, при условии, когда в анализируемый период / этап надлежащее медицинское воздействие достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление реализовавшегося исхода (за исключением ситуаций с обстоятельствами, исключающими преступность деяния согласно соответствующим статьям Главы 8 УК РФ). Иными словами, допущенный недостаток медицинской помощи в виде действия закономерно определил наступление неблагоприятного исхода, то есть находится с ним в прямой (определяющей) причинно-следственной связи.

Перечисленные 4 категории обстоятельств, подлежащих установлению, являются основными, но не исчерпывающими, поэтому в рамках экспертной инициативы в случае необходимости могут решаться и другие вопросы. В ситуациях пролонгированного многоэтапного лечебно-диагностического процесса должны быть дополнительно установлены как минимум еще 2 категории обстоятельств (даже если вопросы по ним напрямую не ставились), так как их определение персонализирует ответственность конкретного медицинского работника:

5. Ненадлежащие меры медицинского характера (и даже полное отсутствие медицинских мер) после окончания периода / этапа, когда последний раз надлежащее медицинское воздействие достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление реализовавшегося исхода, не состоят в прямой (определяющей) причинно-следственной связи с последним. Обосновывается это тем, что даже надлежащее медицинское воздействие уже достоверно не обеспечивало бы благоприятный исход.

6. Ненадлежащие меры медицинского характера (и даже полное отсутствие медицинских мер) до начала периода / этапа, когда последний раз надлежащее медицинское воздействие достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление реализовавшегося исхода, не состоят в прямой (определяющей) причинно-следственной связи с последним. Обосновывается это тем, что даже ненадлежащее медицинское воздействие (а также полное отсутствие медицинских мер) хотя и создает опасность, но еще достоверно не определяет наступление имевшего место исхода, так как оставляет пространство вариантов развития иных событий (в том числе за счет последующих этапов медицинской помощи).

Примеры:

№1. Смерть малолетней П. наступила в 11 часов 45 минут 16 января 2013 года от непосредственной причины в виде острой дыхательной недостаточности, вызванной генерализованной вирусно-бактериальной инфекцией с развитием отека гортани. Последним периодом в развитии данного случая смерти, когда надлежащее медицинское воздействие достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление реализовавшегося исхода, а также имело возможность и основание быть выполненным, был момент времени с 11 часов 22 минут по 11 часов 30 минут 16 января 2013 года после неудачных попыток интубации врачом вызванной бригады скорой медицинской помощи. Подтвержден недостаток медицинской помощи (дефект) в виде неосуществления необходимых медицинских мер экстренного обеспечения проходимости дыхательных путей (способом коникотомии любыми пригодными подручными средствами), допущенный вышеупомянутым врачом. Констатируется наличие прямой причинно-следственной связи между вышеуказанным недостатком медицинской помощи (дефектом) и смертью П., так как надлежащее медицинское воздействие в анализируемый период в условиях крайней необходимости и обоснованного риска (коникотомия любыми пригодными подручными средствами) достоверно исключало бы (если не рассматривать атипичные случаи) наступление смерти от острой дыхательной недостаточности. Иными словами, допущенный недостаток медицинской помощи в виде элемента бездействия закономерно определил наступление реализовавшегося исхода по следующей прямой причинно-следственной (патогенетической) цепи:

Возникновение у П. генерализованной вирусно-бактериальной инфекции → развитие отека гортани → неосуществление необходимых медицинских мер экстренного обеспечения проходимости дыхательных путей → смерть П. от острой дыхательной недостаточности.

№2. Смерть К. наступила в больнице «Х» в 09 часов 55 минут 09 ноября 2015 года от непосредственной причины в виде отека головного мозга, вызванного прогрессирующей почечной недостаточностью вследствие типичного гемолитико-уремического синдрома, инициированного перенесенной острой смешанной кишечной инфекцией. Лечение имевшейся у К. патологии было симптоматическим (направленным на купирование прогрессирующей почечной недостаточности), так как на сегодняшний момент развития медицины, схемы специфической терапии типичного гемолитико-уремического синдрома не существует. Констатируется отсутствие значимых недостатков (дефектов) медицинской помощи (небезопасных по своей сути из-за реальной угрозы здоровью и жизни и/или находящихся в прямой причинно-следственной связи со смертью К.). Проводимые на всех этапах оказания медицинской помощи лечебно-диагностические мероприятия выполнялись в целом надлежащим образом, однако, исходя из сути имевшейся патологии, достоверно не могли исключить наступление имевшего место исхода, реализовавшегося по следующей патогенетической цепи:

Действие токсинов кишечной и дизентерийной палочек (вследствие перенесенной К. острой смешанной кишечной инфекции) → развитие типичного гемолитико-уремического синдрома → прогрессирующая почечная недостаточность → смерть К. от отека головного мозга.

Заключение

В заключение необходимо отметить, что производство первичных судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи собственными экспертными силами ГСУ СК РФ по г. СПб нецелесообразно. Данный вид экспертных исследований может назначаться и проводиться на первоначальном этапе расследования в специализированных подразделениях региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее по тексту – БСМЭ) – в отделах сложных и комиссионных экспертиз на безвозмездной основе. Стоит отметить, что сотрудники данных подразделений БСМЭ отдельных регионов достаточно удачно справляются с первичной задачей поиска и нахождения недостатков (дефектов) медицинской помощи. Кроме того, в данных подразделениях по штату предусмотрены должности лаборантов, которые существенно облегчают работу по оформлению исследовательской части заключений. Немаловажно и то, что в БСМЭ также имеются судебно-гистологические подразделения, способные в необходимых случаях производить на должном уровне соответствующие исследования.

В свою очередь в структуре ГСУ СК РФ по г. СПб на сегодняшний день не предусмотрено ни вспомогательного персонала для механической переработки массива предоставляемых материалов медицинских документов, ни специального оборудования для проведения первичных судебно-гистологических исследований, ни даже отдельно выделенного подразделения судебно-медицинских экспертов, регулярно бы занимавшихся (без заимствования экспертных сил из молекулярно-генетического направления) вопросами «врачебных» уголовных дел, как это организовано в следственном управлении Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан [8, с. 144].

Накопленный опыт ГСУ СК РФ по СПб по применению описанного подхода показал его эффективность в течение трехлетнего периода [6, с. 45] в условиях минимального наличия специалистов (3 действующих сертифицированных судебно-медицинских экспертов), занятых большей частью своей деятельности на судебно-генетическом направлении, один из которых – кандидат медицинских наук, доцент, имеет помимо высшего медицинского высшее юридическое образование, а также дополнительную специализацию по специальности «патологическая анатомия», стаж работы по экспертной специальности с 2006 года (в структуре СК РФ с марта 2014 года) и опыт руководства Государственным судебно-медицинским экспертным учреждением. Два других судебно-медицинских эксперта имеют стаж работы по экспертной специальности с 2008 года (в структуре СК РФ соответственно с февраля и марта 2016 года), один из последних также является студентом второго курса магистратуры юридического факультета ВУЗа, второй имеет I квалификационную категорию. В особо сложных случаях в качестве консультанта из сторонней организации на добровольной основе привлекается судебно-медицинский эксперт – гистолог, имеющая II квалификационную категорию и стаж работы по экспертной специальности с 2011 года.

Список литературы:

1. *Альшевский В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве (процессуальные аспекты, методические принципы и формально-логические алгоритмы). М.: Юрлитинформ, 2004. 176 с.*
2. *Варламова Е.А. Некоторые проблемы определения причинно-следственной связи по уголовным делам о ятрогенных преступлениях // Материалы Всероссийского научно-практического «круглого стола»: «Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг». М.: Академия Следственного комитета Российской Федерации, 2016. С. 39-43.*
3. *Кузнецов С.В., Лаврентьев В.П., Селиванов Е.А., Пучков А.А., Плотникова Т.А. Опыт производства собственными экспертными силами ГСУ СК РФ по городу Санкт-Петербургу судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи в 2014 2016 гг. // История Российского центра судебно-медицинской экспертизы в лицах и фактах, к 85-летию*

со дня образования: Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Воронеж: ООО «Издат-Принт», 2017. Том 1. С. 131-135.

4. *Кузнецов С.В., Селиванов Е.А., Пучков А.А., Лаврентьев В.П., Плотникова Т.А. Трехлетний опыт производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи собственными экспертными силами Главного следственного управления СК РФ по городу Санкт-Петербургу // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. №1(11). С. 81-83.*
5. *Кузнецов С.В. Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2017. №3(73). С. 24-29.*
6. *Кузнецов С.В., Пучков А.А., Лаврентьев В.П., Селиванов Е.А., Плотникова Т.А. Возможности выполнения судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» уголовным делам собственными экспертными силами Главного следственного управления СК РФ по городу Санкт-Петербургу // Медицинское право. 2017. №4(74). С. 45-48.*
7. *Кузнецов С.В. Методика судебно-медицинских экспертных исследований по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2017. №6(76). С. 28-32.*
8. *Николаев П.М., Спиридонов В.А. Судебно-медицинское отделение в экспертно-криминалистическом отделе следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан (первые шаги) // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 1 (15). С. 144-148.*

Об авторе:

Кузнецов Семён Валерьевич – эксперт экспертно-криминалистического отдела управления криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу, майор юстиции; доцент юридического факультета Санкт-Петербургского государственного аграрного университета, кандидат медицинских наук, юрист, Санкт-Петербург, e-mail: nachsml@mail.ru

Semyon Valerevich Kuznetsov – expert forensic division of the department of criminology, Main investigation department of the Investigative committee of the Russian Federation in Saint-Petersburg, justice major; associate professor of law faculty, St. Petersburg state agrarian university, PhD, jurist, Saint-Petersburg

© Кузнецов С.В., 2017

Куранов В.Г.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕСОБЛЮДЕНИЕ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи должно рассматриваться как один из критериев качества оказанной медицинской помощи. Обязательность применения порядков и стандартов основывается на требовании законодательства и подтверждается материалами судебной практики. Несмотря на отсутствие специальной нормы в КоАП РФ, нарушение порядков и стандартов может привести у административной ответственности за нарушение лицензионных требований.

Ключевые слова: *порядки сказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, административная ответственность, Кодекс об административных правонарушениях.*

Vladimir G. Kuranov

ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY FOR VIOLATING THE PROCEDURES FOR RENDERING MEDICAL CARE AND STANDARDS OF CARE

Compliance with procedures for rendering medical care and standards of care should be considered as one of the criteria of quality of rendered medical care. Mandatory orders and standards based on the requirements of the legislation and supported by jurisprudence. Despite the absence of special rules in the administrative code, violation of orders and standards may result in administrative responsibility for violation of license requirements.

Key words: *procedures for rendering medical care, standards of care, administrative responsibility, Code on administrative offences.*

В настоящий момент в отечественном здравоохранении особое место занимает понятие качества медицинской помощи. Законодатель сформулировал юридическую дефиницию этого феномена. Так, согласно статье 2 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья, Закон №323-ФЗ), качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора

методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

При этом, качество медицинской помощи, наряду с ее доступностью, возведено в ранг принципов охраны здоровья. Одним из элементов реализации указанного принципа является применение порядков оказания помощи и стандартов медицинской помощи (ст. 10 Закона №323-ФЗ).

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

1. этапы оказания медицинской помощи;
2. правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
3. стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
4. рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
5. иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1. медицинских услуг;
2. зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
3. медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
4. компонентов крови;
5. видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
6. иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Можно сделать вывод, что порядки носят скорее организационно-распорядительный характер и ориентированы, в первую очередь, на администрацию медицинской организации. Стандарты же направлены непосредственно на деятельность медицинских работников.

Обязательность применения порядков оказания медицинской помощи сомнений не вызывает, поскольку об этом напрямую сказано в ч. 1 ст. 37 Закона об охране здоровья. Порядки обязательны для применения на всей территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями (т.е. независимо от организационно-правовой формы и формы собственности).

В литературе можно встретить мнение, что стандарты медицинской помощи носят лишь рекомендательный характер. Однако, такое мнение ошибочное.

Как указано в ч. 2 ст. 37 Закона №323-ФЗ стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Как следует из пункта 5.2.18 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 года №608, на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, указанное Министерство самостоятельно принимает такие нормативные правовые акты, как стандарты оказания медицинской помощи.

Одним из признаков нормативно-правового акта является его обязательность.

На указанный юридический статус стандартов медицинской помощи указывается и в решении Верховного Суда РФ от 9 апреля 2014 г. №АКПИ14-152 «О признании недействующим Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 сентября 2007 г. №582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом».

Суть дела в том, что Гражданин Маликов Н.К. обратился в Верховный Суд Российской Федерации с заявлением о признании недействующим данного Приказа. Представитель Министерства здравоохранения Российской Федерации в судебном заседании возражал против удовлетворения заявленных требований и просил суд прекратить производство по делу, поскольку оспариваемый Приказ является актом рекомендательного характера. В решении Верховного Суда прямо указано, что доводы представителя Минздрава России о рекомендательном характере стандартов медицинской помощи являются несостоятельными. Более того, Верховный Суд указал на основные признаки нормативно-правового акта, которым соответствуют стандарты медицинской помощи. В частности, существенными признаками, характеризующими нормативный правовой акт, являются: издание его в установленном порядке управомоченным органом государственной власти, наличие в нем правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, рассчитанных на неоднократное применение, направленных на урегулирование общественных отношений либо на изменение или прекращение существующих правоотношений.

Очевидно, что всем названным признакам стандарт медицинской помощи соответствует.

Медицинская деятельность, как известно, может осуществляться только на основании специального государственного разрешения, т.е. лицензии.

Положение о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное Постановлением Правительства от 16.04.2012 г. №291, в качестве одного из лицензионных требований, предъявляемых при осуществлении медицинской деятельности, устанавливает именно соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

При этом, несоблюдение порядков рассматривается как грубое нарушение лицензионных требований, что влечет административную ответственность.

Административная ответственность за нарушение лицензионных требований налагается по различным статьям Кодекса об

административных правонарушениях – в зависимости от того, является организация коммерческой или некоммерческой, т.е. осуществляет она предпринимательскую деятельность или иную приносящую доход деятельность.

Согласно ч. 4 ст. 14.1 КоАП, Осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), -

влечет наложение административного штрафа на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, в размере от четырех тысяч до восьми тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на должностных лиц – от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц – от ста тысяч до двухсот тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

В Постановлении Пленума Верховного Суда от 24.10.2006 г. №18 уточняется, что должностными лицами, которые могут быть привлечены к административной ответственности за правонарушения в области предпринимательской деятельности являются совершившие такие правонарушения руководители и иные работники организаций в связи с выполнением ими организационно-распорядительных или административно-хозяйственных функций, а также приравненные к ним индивидуальные предприниматели. К должностным лицам относятся и лица, находящиеся в трудовых отношениях с индивидуальными предпринимателями, осуществляющие указанные выше функции.

Например, Постановлением Верховного Суда от 27.04.2015 г. №309-АД15-3552 оставлены в силе акты нижестоящих судов о привлечении медицинской организации к ответственности по ч. 4 ст. 14.1 КоАП. Судом подтверждено, что лицо, привлекаемое к ответственности, нарушило нормы Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденный Приказом Минздрава России от 01.11.2012 №572н (далее – Порядок №572н), тем самым совершило грубое нарушение лицензионных требований. Судами установлено, что в период наблюдения Чухланцевой Е.Н., находившейся на учете в поли-

клинике по поводу беременности, при наличии показаний общество не приняло ряд мер к диагностированию задержки внутриутробного роста тяжелой степени, вследствие чего пропущено ухудшение состояния плода.

К некоммерческим организациям в аналогичном случае применяется ч. 3 ст. 19.20 КоАП: «Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), если специальное разрешение (лицензия) обязательно (обязательна), –

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц – от ста пятидесяти тысяч до двухсот пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток».

Обращает на себя внимание то, что штраф по данной норме выше, ежели санкция статьи 14.1, что позволяет говорить об отсутствии равенства между частными и государственными (муниципальными) организациями.

Список литературы:

1. *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.*
2. *«Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ // «Собрание законодательства РФ». 07.01.2002. №1 (ч. 1). Ст. 1.*
3. *Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» // «Собрание законодательства РФ». 23.04.2012. №17. Ст. 1965.*

4. *Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24.10.2006 №18 «О некоторых вопросах, возникающих у судов при применении Особенной части Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях» // «Российская газета». 08.11.2006. №250.*
5. *Решение Верховного Суда РФ от 09.04.2014 №АКПИ14-152 // «Бюллетень Верховного Суда РФ». 2015. №4. (Извлечение).*
6. *Постановление Верховного Суда РФ от 27.04.2015 №309-АД15-3552 по делу №А50-11483/2014 // СПС «Консультант-Плюс.*

Об авторе:

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

Vladimir G. Kuranov – Head of the Law Department, Perm state medical University named after academician E. A. Wagner, Director of medical law Center, Perm

© Куранов В.Г., 2017

Лузанова И.М., Павловская О.Г., Лебеденко М.А.

ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ ТРУПА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В УЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ – НЕОБХОДИМОСТЬ, ОСНОВАНИЕ, ПРОЦЕДУРА

В статье рассматриваются правовые основания процесса передачи трупа образовательным организациям для использования в учебных целях, проводится анализ необходимых условий передачи трупа, рассматриваются возможные правовые решения обеспечения образовательных организаций трупным материалом, даются конкретные рекомендации по разработке правовых документов.

Ключевые слова: *труп, невостребованное тело, использование трупа в учебных целях, правовой статус трупа, передача трупа образовательной организации.*

Inna Luzanova, Olga Pavlovskaya, Maxim Lebedenko

ORDER OF CORPSE TRANSFER FOR EDUCATIONAL PURPOSES: NECESSITY, JURIDICAL BASIS, PROCEDURE

The article considers juridical basis and necessity for clear and consistent regulation of the process for the corpse transfer to educational institutions with educational purposes. The article conducts an analysis of necessary conditions for the transfer. Then it considers potential legal solutions for copse material provisions for the educational institutions. Finally, the article gives specific recommendations for the development of legal documents.

Key words: *corpse, unclaimed body, corpse utilisation in educational porpuses, corpse's legal status, corpse transfer to an educational institution.*

Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae

Современная медицинская деятельность невозможна без глубокого знания врачом основополагающих дисциплин, таких как анатомия, топографическая анатомия. Прижизненная визуализация, современная клиническая практика, высокотехнологическое хирургическое вмешательство требуют от медика всё более глубокого знания этих предметов. Роль анатомии в подготовке студента медицинского учебного заведения остаётся неизменной – дать фундаментальные основы всей медицинской деятельности будущего врача.

Очевидно, что познавательная деятельность студентов существенно облегчается и приносит наиболее высокий результат при использовании наглядных средств, среди которых основную информационную нагрузку несут натуральные препараты: фиксированные трупы, эвисцерированные комплексы органов и отдельные органы, гистологические препараты неизмененных органов и тканей, подлежащие вскрытию трупы людей, умерших от различных заболеваний и пр. Именно поэтому преподавание на трупах и анатомическом материале в университетах Европы, Америки ведётся на постоянной основе последние 500 лет, и никогда не ставился вопрос об упразднении этой практики.

Однако вызывают беспокойство рассуждения о возможности полной замены преподавания на натуральных препаратах макетными и виртуальными технологиями, независимо от этического, политического или правового обоснования данной проблемы. Во многих странах уже преодолены излишне оптимистичные взгляды на виртуализацию и 3D-технологии в преподавании анатомии. Действительно, весьма сомнительно, что они могли бы заменить изучение морфологических дисциплин на натуральных препаратах. Никакой манекен или программа не могут с полной достоверностью передать объективную информацию о человеческом теле и тканях. Изучаемый трупный материал является носителем информации об анатомии как «усреднённого человека», так и источник знаний об индивидуальной изменчивости строения тела человека и его отдельных органов [2]. К тому же при вскрытии и препарировании учебных трупов встречаются варианты строения различных анатомофизиологических систем, в том числе и неописанные в мировой литературе [3].

Таким образом, вместе с макетными, цифровыми и иными методиками, приоритетным остаётся препарирование и оперирование на трупах в процессе обучения анатомии и хирургии. Если отдавать приоритет исключительно виртуальным технологиям и макетам, будет разрушена исторически сложившаяся и оправдывающая себя Пироговская система анатомо-физиологической подготовки, в том числе и как показатель качественного медицинского образования. Соответственно, в целях сохранения

качества обучения на высоком уровне, встаёт вопрос о необходимости обеспечения практических занятий студентов на достаточном количестве анатомического материала хорошего качества.

Признав важность обеспечения процесса обучения будущих медиков трупным материалом, мы должны обратить внимание на условия, с которыми сталкиваются медицинские образовательные организации при реализации данной задачи. В России обеспечение трупным материалом недостаточно четко регламентировано на процедурном уровне оформления передачи трупа от передающей организации к принимающей. Основными нормативными источниками, регулирующими эту деятельность на данный момент являются: Федеральные законы «О погребении и похоронном деле» [4] (далее «О погребении»), «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5] («Об основах охраны здоровья») и Постановление Правительства «Об утверждении Правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях» (далее Правила) [6].

Закон «О погребении» формулирует требования к достойному отношению к телу умершего, который при жизни письменно или устно в присутствии свидетелей может выразить волю: о согласии или несогласии быть подвергнутым вскрытию; о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела; быть погребенным на том или ином месте, по тем или иным обычаям или традициям, рядом с теми или иными ранее умершими; быть подвергнутым кремации. Действия в отношении тела умершего должны точно соответствовать его волеизъявлению, за исключением случаев, когда это невозможно из-за сложившихся обстоятельств (отсутствие крематория в городе, области) или, когда есть иное требование законодательства (например, смерть от инфекционного заболевания). Если волеизъявление умершего отсутствует, право на разрешение указанных действий имеют: супруг, близкие родственники, иные родственники либо законный представитель умершего, а при отсутствии таковых иные лица, взявшие на себя обязанность осуществить погребение умершего. Лицу, взявшему

на себя обязанность осуществить погребение умершего, гарантируется предоставление возможности нахождения тела умершего в морге бесплатно до семи суток с момента установления причины смерти или при крайних обстоятельствах до 14 дней.

В законе «О погребении» вопрос возможности передачи тела умершего для целей, связанных с обучением или научной деятельностью, прямо не рассматривается. Однако следует обратить внимание, что статья 12 «Гарантии погребения умерших (погибших), не имеющим супруга, близких родственников...» прямо не запрещает передачу таких трупов медицинским учреждениям для научной и учебной деятельности, а оставляет место для дополнительного правового регулирования:

«1. При отсутствии супруга, близких родственников, иных родственников либо законного представителя умершего или при невозможности осуществить ими погребение, а также при отсутствии иных лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение, погребение умершего на дому, на улице или в ином месте после установления органами внутренних дел его личности осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела в течение трех суток с момента установления причины, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

2. Погребение умерших, личность которых не установлена органами внутренних дел в определенные законодательством Российской Федерации сроки, осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела с согласия указанных органов путем предания земле на определенных для таких случаев участках общественных кладбищ».

Здесь первая часть статьи фактически отсылает нас к положениям закона «Об основах охраны здоровья» (ст. 68), определяющим, когда передача трупа для научных исследований и обучения возможна, а вторая часть исключает использование трупов неустановленных лиц в каких-либо целях в принципе.

Действительно, в «Положении», вышедшем гораздо позднее закона, непосредственно указывается: «Передача невостребованного тела умершего человека, личность которого не установлена

органами внутренних дел, не допускается». Здесь мы можем однозначно констатировать, что законодатель чётко и недвусмысленно ограничил доступ учебных заведений к неопознанным трупам.

Далее обратимся к положениям закона «Об основах охраны здоровья». Разрешение на использование тела умершего человека установлено статьёй 68, где указывается: «Тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться … в научных и учебных целях» Для этого необходимы условия: 1) наличие письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования; 2) тело должно быть невостребованным после смерти человека.

Так же закон указывает на то, что срок использования трупа в учебных и научных целях определяется «Положением», по истечении срока использования невостребованное тело, органы и ткани умершего человека подлежат погребению в соответствии с законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле.

Таким образом, для обучения в медицинские образовательные учреждения могут быть переданы тела либо после непосредственного волеизъявления умершего, либо невостребованные родственниками и близкими. Отдельно необходимо отметить, что положительного волеизъявления родственников относительно возможности использования тела умершего в учебных или научных целях закон не предусматривает, здесь предполагается презумпция права любого человека на погребение.

Далее мы рассмотрим непосредственную регламентацию передачи тела для использования в учебных целях, содержащуюся в «Правилах». Здесь определено, что невостребованное тело, органы и ткани умершего человека «могут быть переданы для использования в медицинских, научных и учебных целях образовательным организациям, реализующим основные образовательные программы среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и программы дополнительного профессионального образования, научным организациям, а также медицинским организациям».

Использование переданного мертвого тела в медицинской организации должно проводиться с соблюдением медицинской этики, достойного отношения к телу человека после смерти, а также санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

Соблюдение данных требований возможно при использовании для консервации и хранения трупов отдельного помещения, в которое исключен допуск посторонних, запрещена фото- и видеосъемка (Морг образовательного учреждения). Срок использования трупа в учебных целях составляет 10 лет.

Утилизация анатомических препаратов и погребение трупа человека также регламентирована «Правилами»: «по окончании срока использования погребение невостребованного тела умершего человека осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела в соответствии с законодательством...», с которой медицинское учреждение, использовавшее труп для учебных и научных целей, заключает соответствующий договор.

Следует обозначить два обязательных условия, регулирующих процедуру передачи трупа для обучения. Во-первых, запрос принимающей (нуждающейся) организации; во-вторых, письменное разрешение учреждения, назначившего судебную медицинскую экспертизу невостребованного тела (формы соответствующих документов указаны в «Правилах»). Соответственно, инициатива получения достаточного количества трупного материала лежит на руководстве соответствующей кафедры медицинского университета и оформляется направлением соответствующего запроса.

Рассмотрев основные положения нормативных актов по интересующему нас вопросу, мы можем выделить необходимые условия передачи тел умерших для использования в учебных целях:

- установление личности умершего;
- факт отсутствия волеизъявления лиц, берущих на себя обязанности по захоронению тела, о его выдаче, или письменный отказ данных лиц от обязанности по осуществлению погребения;

- запрос принимающей организации, в качестве которой может выступать образовательная организация, реализующая основные образовательные программы среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и программы дополнительного профессионального образования, научная или медицинская организация;
- разрешение, оформленное в письменном виде, на передачу невостребованного тела, органов и тканей умершего человека, выданное лицом или органом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу (исследование) невостребованного тела, или правоохранительным органом после установления личности умершего, или организации, в которой произошла смерть после оформления ею необходимых документов: медицинского свидетельства о смерти, Свидетельства о смерти (государственной регистрации) и письменного сообщения (акта) об отсутствии лиц, взявших на себя обязанности по проведению похорон или письменный отказ родственников от обязанности по осуществлению погребения;
- соблюдение требований инфекционной безопасности, в т.ч. отсутствие заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- истечение максимального времени – 14 суток, в течение которого кто-либо из родственников или иных лиц, взявших на себя обязанности по погребению, могут выразить волеизъявление о передаче им тела умершего;
- отсутствие уголовного или иного производства относительно причин смерти (что естественно, так как труп является основным источником объективной информации о причине смерти при любом расследовании);
- строгое соблюдение принимающей стороной регламента передачи и хранения трупного материала (акт передачи в двух экземплярах по форме согласно «Правилам», надлежащим образом, оформленный журнал учёта поступившего материала, надлежащее помещение для хранения, срок хранения и использования не более 10 лет);

- гарантия уничтожения органов и тканей умершего человека, которые осуществляется принимающей организацией в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами и гигиеническими нормативами;
- гарантии надлежащего захоронения трупа, организация которого является обязанностью принимающего труп учебного заведения (например, наличие договора со специализированной службой, занимающейся похоронным делом).

Передача невостребованных тел не должна быть сопряжена с использованием таковых в коммерческих целях, и соответственно, сами трупы не могут быть предметом какого-либо договора между субъектами права [7]. Но предметом договора могут быть действия субъектов по надлежащему хранению и захоронению невостребованных трупов.

В принимающей образовательной организации, наряду с обеспечением наличия и функционирования специальных помещений для хранения и изучения трупа, должны быть разработаны и приняты соответствующие локальные нормативные акты регулирующие:

- порядок хранения трупных материалов;
- порядок использования в учебных и научных целях трупов, органов и тканей умершего человека (в том числе данный порядок должен быть оговорён в положениях о кафедрах, участвующих в рассматриваемом нами учебном процессе);
- разработаны и утверждены Этическим комитетом Вуза этические нормы при работе с трупами и анатомическими материалами.

«Правила» не предусматривают оформление передачи невостребованного тела в форме договора о сотрудничестве между организацией, передающей и принимающей тело. Практикуемый некоторыми образовательными организациями такой договорной порядок передачи считаем не соответствующим положениям ГК РФ, поскольку правовой статус тела человека законом не определен. Наиболее распространенной трактовкой, которой придерживаются правоохранительные органы, является признание тела и полученных из естественного материала человека анатомических препаратов не оборотоспособными [7].

Здесь возможны несколько правовых решений. Должна быть договорённость о своевременном предоставлении учебному заведению информации о наличии трупа, в отношении которого соблюдены обязательные для передачи условия: сохранность, невостребованность, отсутствие обременения в виде уголовного или иного производства, истечение времени хранения.

Другим вариантом взаимодействия в договорной форме может быть не договор о сотрудничестве по передаче невостребованных трупов для использования в учебных и научных целях, а договор о хранении и последующем захоронении тела.

Так же, как представляется авторам, процесс передачи трупов для использования в учебных целях, существенно упростится при наличии соответствующего нормативного акта, принятого Министерством здравоохранения непосредственно в каждом субъекте федерации в целях конкретной регламентации и реализации положений «Правил». Данный шаг с одной стороны упростит задачу учебным заведениям по согласованию своего запроса о передаче во множестве инстанций, с другой стороны снимет с этих инстанций «боязнь» принятия решения о передаче в виду возможных правовых коллизий.

Итак, проведя необходимый анализ рассматриваемого вопроса, авторы указывают на необходимые нормативные акты и договоры, которые должны быть разработаны, приняты или получены и заведены, до начала реализации процесса получения и использования невостребованных тел для использования в целях обучения:

1. Приказ Министерства здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации о Правилах передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях в субъекте федерации;

2. Медицинское свидетельство о смерти и Свидетельство о смерти;

3. Письменное сообщение (акт) организации, в которой хранится невостребованное тело об отсутствии лиц, взявших на себя обязанности по проведению похорон или письменный отказ родственников от обязанности по осуществлению погребения;

4. Унифицированная форма запроса образовательной организации в организацию по месту хранения невостребованного трупа;

5. Унифицированная форма разрешения передающей организации на передачу невостребованного тела;

6. Журнал учёта поступления переданного невостребованного тела, органов и тканей умершего человека;

7. Письменное обязательство о погребении невостребованного тела образовательной организацией;

8. Договор со специализированной службой по вопросам похоронного дела по организации надлежащего захоронения;

9. Договор о перевозке невостребованного тела в морг образовательного учреждения;

10. Локальный нормативный акт – Положение «О порядке использования в учебных и научных целях невостребованных тел, органов и тканей умершего человека»;

11. Акт согласования с этическим комитетом образовательного учреждения Положения «О порядке использования в учебных и научных целях невостребованных тел, органов и тканей умершего человека»;

12. Локальный нормативный акт – Положение «О морге».

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 12.01.1996 №8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» // Российская газета от 20 января 1996 г. №12*
2. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета от 23 ноября 2011 г. №263*
3. *Постановление Правительства РФ от 21 июля 2012 г. №750 «Об утверждении Правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях» // Российская газета от 1 августа 2012 г. №174*
4. *Исаев В. А., Машкова Т. А., Черных А. В. Большой решетчатый крючковидный пузырек – редко встречающееся образование решетчатой ко-*

сти // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. Приложение: Однораловские морфологические чтения. 3-й выпуск. 2003. Т 2, №2. С. 19-20

5. Сапин М. Р. Сегодня и завтра морфологической науки // Морфология. 2000. Т. 117. №3. С. 6.
6. Решение Арбитражного суда г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области от 18 января 2007 г. по делу №А56-29630/2006 http://sudrf.kodeks.ru/rospravo / (дата обращения 10.11.2017)

Об авторах:

Лузанова Инна Михайловна – доцент кафедры судебной медицины и правоведения ОрГМУ Оренбургский Государственный Медицинский Университет, кандидат медицинских наук, Оренбург, e-mail: illuz904@gmail.com

Павловская Ольга Гелиевна – доцент кафедры судебной медицины и правоведения ОрГМУ, кандидат медицинских наук, Оренбург

Лебеденко Максим Алексеевич – ассистент кафедры судебной медицины и правоведения ОрГМУ, Оренбург

Inna Luzanova – Associate Professor, Chair of Forensic Medicine and Law, Orenburg State Medical University, Candidate of Medical Sciences , Orenburg

Olga Pavlovskaya – Associate Professor, Chair of Forensic Medicine and Law, Orenburg State Medical University, Candidate of Medical Sciences , Orenburg

Maxim Lebedenko – Assistant, Chair of Forensic Medicine and Law, Orenburg State Medical University, Orenburg

© Лузанова И.М., Павловская О.Г., Лебеденко М.А., 2017

Михеева Н.А., Баринов Е.Х.

КОМПЕТЕНЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ОТДЕЛА КОМИССИОННЫХ ЭКСПЕРТИЗ

Статья посвящена компетенциям врача – судебно- медицинского эксперта отдела комиссионных экспертиз с целью выделения отдельных обязательных составляющих системы внутреннего контроля работы экспертов и последующего составления экспертного заключения пригодного для правовой оценки в гражданском судопроизводстве.

Ключевые слова: *компетенции, компетентность, дефекты медицинской помощи, судебно- медицинская экспертиза; судебная практика.*

Natalia A. Mikheeva, Evgeny Kh. Barinov

COMPETENCE IN PRACTICE OF A DOCTOR-FORENSIC AND MEDICAL EXPERT DEPARTMENT OF COMMISSIONS EXPERTISE

The article is devoted to the competence of the physician – forensic medical expert of the department of commission examinations with the purpose of singling out certain mandatory components of the system of internal control of the work of experts and the subsequent drawing up of an expert report suitable for legal evaluation in civil proceedings.

Key words: *competence, competence, medical care defect, forensic medical examination; arbitrage practice.*

Чуть менее пятнадцати лет действует Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации, в котором предусмотрены основания и порядок проведения экспертиз, в том числе судебно-медицинских, по гражданским делам. Пациенты, их родные и/или законные представители, участвующие в деле, имеют достаточно широкий круг прав при проведении экспертизы, в частности, представлять суду вопросы, подлежащие разрешению при проведении экспертизы, просить суд назначить проведение в конкретном судебно-экспертном учреждении или поручить ее конкретному эксперту.

В настоящее время экспертизы стали назначаться не только в государственные учреждения, имеющие большой опыт проведения СМЭ, но и в «независимые» организации коммерческого характера.

Нередко по одному случаю в данных условиях можно получить два совершенно противоположенных заключения, что, конечно же, влияет на судебные решения. И по схожим случаям в различных судах можно получить совершенно разные судебные решения.

С чем могут быть связаны различные результаты?

В первую очередь материальная «заинтересованность» коммерческих «независимых» экспертиз. Им необходимо улучшать свой имидж, что бы количество клиентов росло. Самый верный способ – это представлять заключения полностью удовлетворяющие заказчика. Ведь никто не захочет платить совсем немаленькие суммы просто так.

Однако, не все можно мерить в денежном эквиваленте. Как уже было сказано выше потребности в проведении судебно-медицинской экспертизы велики и отмечается их постоянный рост, но, к сожалению, сама наука судебная медицина иногда не в полной мере может соответствовать заявленным потребностям.

Все это связано с тем, что отсутствует единая общепринятая концепция проведения процедуры СМЭ, в гражданском судопроизводстве, по вопросам связанным с образованием дефектов, или неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи, или медицинской услуги. Почему?

Ответов будет несколько. Достаточно часто судебно-медицинские эксперты сталкиваются с тем, что вопросы звучат не совсем корректно («имеются ли повреждения жизненноважных органов головы?» и т.п.). Так же вопросы могут касаться областей не связанных с медициной («какова стоимость получаемого комплекса лечения?», «какова стоимость оказываемых медицинских услуг?») и не входящих в круг компетенций судебно-медицинских экспертов.

К сожалению бывают случаи когда представленные доказательства в виде какой-либо медицинской документации представлены не полностью, и при дополнительном запрашивании не могут быть представлены по различным причинам (чаще всего утеряны) и все участники процесса просят эксперта дать ответы на основании имеющихся материалов дела.

И конечно же вопросы компетентности судебно-медицинского эксперта отдела комиссионных экспертиз и врачей-консультантов. При изучении одной из экспертиз консультантом был врач-травматолог со стажем работы «более 1,5 (полутора) лет». При составлении выводов эксперты могут на свое усмотрение выбирать объем ответов. Кто-то дает практически лаконичные ответы, а кто-то на эти же вопросы цитирует главы учебной литературы. Экспертов никто не ограничивает в возможности объединения вопросов, в результате чего может пропасть основная мысль ответа.

Так что же нужно для того, чтобы выводы эксперта были полноценными, объективными и могли быть полностью применимы в правовой практике.

Конечно, в первую очередь, для дачи полного заключения эксперт должен быть компетентен.

Компетентность это:

1. хорошая осведомленность в определенном круге вопросов;
2. круг чьих-нибудь полномочий, прав.

К компетенции эксперта отдела комиссионных экспертиз и проводящего экспертизы по так называемым «врачебным» или «медицинским» делам относятся вопросы, которые возникают в процессе судебного разбирательства и, при этом, связанные с медицинской наукой. Что полностью соответствует квалификационным требованиям, которые относятся к судебно- медицинскому эксперту.

Это подчеркивается определением судебной медицины, вынесенным В.Н. Крюковым, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки: «Судебная медицина является отраслью медицины, представляющей совокупность знаний и специальных методов исследований, применяемых для решения вопросов медико-биологического характера, возникающих в деятельности правоохранительных органов, а также конкретных задач здравоохранения» [1, с. 14].

В.Л. Попов, доктор медицинских наук, профессор отметил, что судебно- медицинская экспертиза – это предусмотренное и регламентированное законом, проводимое врачом научно-прак-

тическое исследование конкретных объектов, предпринимаемое для решения конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих, при проведении конкретного дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства [3, с. 20].

Специальным знаниям в области судебной медицины всегда давался особый статус. Эти знания должны помочь суду определить все ли фактические обстоятельства «медицинского» дела были разобраны и учтены с правовой точки зрения; дать возможность интерпретировать фактические обстоятельства «медицинского» дела для последующей полноценной правовой оценки.

Получается, что в данном случае выводы судебно-медицинского эксперта – это результат разбора уже существующей информации, которая должна содержать сведения о состоянии здоровья пациента, процессах диагностики, лечения и собственно реабилитации пациента.

Подобная работа требует от судебно- медицинского эксперта специальных медицинских знаний, которые должны быть применимы для работы со всеми предметами и объектами судебно- медицинской экспертизы, в том числе и при проведении гражданского судопроизводства.

Однако, помимо специальных медицинских знаний судебно-медицинский эксперт должен обладать компетенциями, которые должны помочь ему в экспертных исследованиях.

Так какими компетенциями должен обладать врач-судебно-медицинский эксперт отдела комиссионных экспертиз? Общепрофессиональные компетенции:

- готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности;
- готовность к ведению медицинской документации;
- способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.

Профессиональные компетенции:

- готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;
- способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра;
- готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины [4, с. 3].

Именно на основе этих компетенций, которые должны быть получены по программе обучения специалитета, должна основываться практическая деятельность судебно-медицинского эксперта [2, с. 25]. Эти компетенции должны помочь в формировании алгоритма работы с представляемыми материалами дел, должны помочь в преодолении сложностей, возникающих в практической работе при разборе полученного материала. Что в свою очередь должно привести к формулированию выводов, которые будут правильно отображать фактические обстоятельства, приведшие к неблагоприятным исходам при оказании медицинской помощи. В результате чего судом будет дана правильная правовая оценка дела, связанного с дефектами и неблагоприятными исходами при оказании медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Крюков В.Н. Судебная медицина: Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1998.*
2. *Михеева Н.А., Баринов Е.Х., Ромодановский П. О., Филатова Г.А. Компетентностный подход в подготовке будущего врача – судебно-медицинского эксперта // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика (выпуск 1 (22). М.: Барнаул, 2016. С. 25-36.*
3. *Попов В.Л. Судебно-медицинская экспертиза: справочник. СПб.: Специальная литература, 1997.*

4. *Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016 г. №95 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 лечебное дело (уровень специалитета)».*

Об авторах:

Михеева Наталья Александровна – доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кандидат медицинских наук, Москва, e-mail: Rjnz77@mail.ru

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, Москва

Mikheeva Natalia Alexandrovna – Associate Professor of the Department of Forensic Medicine and Medical Law FSBEI HE A.I.Yevdokimov MSMSU MOH Russia, Candidate of Medical Sciences, Moscow

Barinov Evgeny Khristoforovich – Professor of the Department of Medical Law of the Medical-Prophylactic Faculty FSBEI HE A.I.Yevdokimov MSMSU MOH Russia, Professor, Doctor of Medical Sciences, Moscow

© Михеева Н.А., Баринов Е.Х., 2017

Спиридонов В.А., Александрова Л.Г., Калянов В.А., Латфуллина Р.Р.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ: ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

В статье представлен анализ экспертно-правовой оценки деятельности медицинских работников при диагностике и лечении вирусного клещевого энцефалита. Выявлены особенности и сложности медицинской помощи при клещевом энцефалите.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза, медицинская помощь, клещевой энцефалит.*

Valery A. Spiridonov, Lilia G. Alexandrova, Victor A. Kalyanov, Raina R. Latfullina

THE MEDICAL CARE AT TICK-BORNE ENCEPHALITIS: EXPERT AND LEGAL ASPECTS

The analysis of an expert legal treatment of activity of health workers at diagnostics and treatment of viral tick-borne encephalitis is presented in article. Features and difficulties of medical care are revealed at tick-borne encephalitis.

Key words: *forensic medical examination, medical care, tick-borne encephalitis.*

Клещевой энцефалит является природно-очаговым инфекционным заболеванием, распространенным заболеванием на территории 46 административных единиц России. Резервуаром вируса клещевого энцефалита являются иксодовые клещи, которые обитают в лесах и лесостепях [2, с. 614].

По данным Роспотребнадзора на 26 июня 2017 года в медицинские организации обратились 306565 пострадавших от укусов клещей, зарегистрировано 285 случаев заболевания клещевым вирусным энцефалитом и 959 случаев заболевания клещевым иксодовым боррелиозом.

Одной из важнейших проблем на сегодняшний день является правильно организованная профилактика клещевого энцефалита и переносимых клещами бактериальных инфекций, результат которой определяется двумя факторами: хорошей диагностикой и наличием препаратов для вакцинации как взрослых, так и детей.

Существует несколько диагностических методов при клещевом энцефалите. Они позволяют произвести диагностику как с использованием биологических материалов больного (сыворот-

ка), так и самих возбудителей (клещ). Особое место занимает дифференциальная диагностика, так как именно она позволяет выявить вирусный клещевой энцефалит, среди других инфекционных заболеваний.

Длительные наблюдения, позволяют сказать, что от своевременного распознавания и обращения за медицинской помощью, в значительной степени зависят течение и исход заболевания. Поздняя обращаемость заболевших является основной причиной запоздалой диагностики и недостаточного успеха лечебных мероприятий.

Не менее важной остается проблема своевременного и компетентно организованного оказания первой медицинской помощи, так как от этого во многом зависят последствия и дальнейший прогноз заражения клещевым энцефалитом.

Наиболее часто инфекция поражает детей в возрастной группе после семи лет. Инкубационный период может продолжаться от 14 до 24 дней, начиная с момента укуса клеща.

Последствия клещевого энцефалита у детей трудно предсказать. В каждом отдельном случае тяжесть состояния ребёнка будет зависеть от количества токсинов, которые оказались в его крови, своевременности лечения, а также от индивидуальных особенностей детского организма.

В зависимости от выраженности и преобладания общеинфекционных, менингеальных или очаговых симптомов поражения ЦНС различают несколько клинических форм течения болезни. При соблюдении санитарно-эпидемиологических правил и своевременном оказании медицинской помощи менингеальная и лихорадочная форма заболевания протекает в большинстве случаев благоприятно. Летальные исходы при полиоэнцефаломиелитической форме доходят до 30% [1, с. 47].

Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В России финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, поддерживается деятельность, направленная на укрепление здоровья человека, экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

Актуальными документами, регулирующими вопросы осуществления противоэпидемических и санитарных мероприятий, являются: Федеральный Закон от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. №1425н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при клещевом вирусном энцефалите тяжелой степени тяжести», «МУ 3.3.1889-04. 3.3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Порядок проведения профилактических прививок. Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004). Иммунопрофилактика клещевого энцефалита и ряд других.

Особое место среди них занимает Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 07.03.2008 №19 (ред. от 20.12.2013) «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3.2352-08», которое устанавливает требования в области профилактики и борьбы с клещевым вирусным энцефалитом, выполнение которых является обязательным. Например, проведение вакцинации против клещевого вирусного энцефалита с охватом не менее 95% детского населения (в части специфической профилактики). Этот же документ проговаривает и мероприятия по неспецифической профилактике: индивидуальная защита людей; уничтожение клещей в природных биотопах с помощью акарицидных средств; экологически безопасное преобразование окружающей среды; истребление мышевидных грызунов [5, с. 8].

Были изучены материалы уголовного дела, возбужденного по ч.2 статьи 109 УК РФ в отношении медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь ребенку 10 лет после укуса клещом. Ребёнок с родителями обратился в день укуса клещом в приемное отделение местной ЦРБ, где фельдшер удалил клеща, провел хирургическую обработку раны и ввел внутривенно иммуноглобулин, в количестве 1 мл. На следующий день в инфекционном отделении врачом-инфекционистом было рекомендовано вести дальнейшее наблюдение за ребенком и местом укуса клеща, были даны рекомендации по профилактике клещевого боррелиоза. Через 16 дней в связи с ухудшением состояния ребенка госпи-

тализировали в инфекционное отделение ЦРБ, где врачом-педиатром был поставлен предварительный диагноз: «ОРВИ с абдоминальным синдромом, клещевой энцефалит?» Спустя 2 дня пациента госпитализировали в областную инфекционную больницу, состояние здоровья которого при поступлении соответствовало «средней тяжести». После трех недель нахождения в инфекционной больнице, в условиях возникновения и прогрессирования полиорганной недостаточности, ребенок умер.

Учитывая, противоречивость первичных выводов экспертной комиссии, на основании изложенного и руководствуясь ст. 195 (196) и 199 УПК РФ, следователем было принято решение о проведении повторной судебно-медицинской экспертизы по материалам данного уголовного дела в другом регионе. При проведении повторной экспертизы состав экспертов был увеличен: было задействовано три судебно-медицинских эксперта, врач-невропатолог, врач-инфекционист (в первый раз были задействованы два врача судебно-медицинских эксперта и врач-инфекционист). Таким образом, было проведено две комиссионные судебно-медицинские экспертизы, в ходе которых было отмечено большое количество дефектов оказания медицинской помощи: клещ, удаленный в приемном отделении ЦРБ, на исследование в Центр гигиены и эпидемиологии не направлялся; в медицинскую карту стационарного больного были внесены ложные сведения о количестве введенного иммуноглобулина, имелись и другие дефекты ведения медицинской документации. Однако наиболее значимым недостатком в оказании медицинской помощи является то, что пациенту, проживавшему в регионе, относящемся на протяжении многих лет к эндемичному по клещевому вирусному энцефалиту, при жизни не была проведена профилактическая прививка против клещевого вирусного энцефалита. Согласно действующих «Санитарно–эпидемиологических правил СП 3.1.3.2352-08» привитость населения против клещевого вирусного энцефалита на эндемичной территории должна быть не менее 95% [5, с. 6]. После поступления в инфекционное отделение ЦРБ правильный диагноз не был поставлен, а был лишь предположен, поэтому ребенок соответствующего лечения не получал, хотя на тот момент нуждался в неотложной специфической терапии; к тому же в этот период больница не располагала иммуноглобулином человека против клещевого энцефалита. Врачами ЦРБ не был грамотно решен вопрос о транспортировке ребенка в областную специализированную инфекционную больницу, несмотря на то, что в момент выписки больного из ЦРБ там присутствовал транспорт санавиации, вызванный, правда, к другому пациенту. В результате больной ребенок был отправлен в область на проезжающем поезде, пробыв в пути 8 часов. За три недели пребывания ребенка в областной больнице наиболее значимым дефектом явилось отсутствие назначения и проведения анализа крови на определение антител к вирусу клещевого энцефалита [4, с. 6].

Согласно заключениям двух комиссионных судебно-медицинских экспертиз смерть ребенка наступила от инфекционного заболевания – клещевого вирусного энцефалита с поражением оболочек, вещества головного мозга, осложнившегося развитием отека головного мозга, полиорганными изменениями и системными нарушениями.

По результатам повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы заражение и злокачественное течение тяжелой формы клещевого вирусного энцефалита, приведшего к смерти пациента., связаны как с несвоевременной диагностикой и неоказанием в полном объеме квалифицированной медицинской помощи в ЦРБ, так и с нарушениями в проведении противоэпидемических (в т.ч. вакцинопрофилактика) мероприятий в эндемичном районе по клещевому вирусному энцефалиту, особенностями течения инфекционного заболевания, а также особенностями иммунологического статуса организма. Все вышеизложенное не позволило судебно-медицинской комиссии усмотреть наличие прямой причинно-следственной связи между действиями (бездействиями) медицинского персонала ЦРБ и областной инфекционной больницы, участвовавших в оказании медицинской помощи пациенту, и развитием тяжелой формы клещевого вирусного энцефалита с летальным исходом. Вместе с тем, комиссия обратила внимание на имеющиеся нарушения организационного характера.

На примере материалов данного уголовного дела можно оценить важность правильной организации медицинской помощи для ее своевременности с целью предотвращения подобных печальных исходов.

Таким образом, мы считаем, что для решения проблем выявления и лечения клещевого энцефалита и других инфекционных заболеваний, необходимо:

Во-первых, осуществление надзора и за планированием, и за проведением иммунизации против клещевого энцефалита на эндемичных территориях, с обеспечением соответствия действующим нормативным актам;

Во-вторых, осуществление контроля за проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий по специфической и неспецифической профилактике вирусного клещевого энцефалита;

В-третьих, обеспечение оказания медицинской помощи врачами приемного отделения в полном объеме, для предупреждения тяжелого течения заболевания.

Реализация указанных положений позволит предупредить клещевой энцефалит еще до укуса клеща; в случае заражения, приведет к более благоприятному прогнозу, что положительно скажется на статистике заражения вирусным клещевым энцефалитом на территории РФ. Также она позволит уменьшить заболеваемость и сократить неблагоприятные исходы от вирусного клещевого энцефалита, возникающие вследствие несвоевременного оказания медицинской помощи, либо оказания ее не в полном объеме. Указанный случай показал также, что необходима дальнейшая разработка вопросов установления причинно-следственных связей между выявляемыми дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятными исходами.

Список литературы:

1. *Борисов В.А., Малов И.В., Ющук Н.Д. Клещевой энцефалит. Новосибирск: Наука, 2002. 184 с.*
2. *Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С. Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. 3-е издание, исправленное и дополненное. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 745 с.*
3. *О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской федерации в 2012 году: Государственный доклад. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2013.*
4. *«Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при клещевом вирусном энцефалите тяжелой степени тяжести». Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. за №1425н.*
5. *Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 7 марта 2008 г. №19.*
6. *Проворова В. В.Значение эпидемиологических и клинических данных в раннем прогнозе при клещевом энцефалите: автореф. дис. ... канд. мед.наук / В. В. Проворова. Новосибирск, 2010. 24 с.*
7. *Цинзерлинг В.А., Чухловина М.Л. Инфекционные поражения нервной системы: вопросы этиологии, патогенеза и диагностики: Руководство для многопрофильных стационаров. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2005. 448 с.*
8. *Kaiser R., Holzmann H. Laboratory findings in tick-borne encephalitis. Correlation with clinical outcome // Infection. 2000. Vol. 28. №2. P. 78-84.*
9. *Logar M., Arnez M., Kolbl J. et al. Comparison of the epidemiological and clinical features of tick-borne encephalitis in children and adults // Infection. 2000. Vol. 28. №2. P. 74-77.*
10. *Mikiene A., Laiskonis A., Gunther G. et al. Tick-borne encephalitis in an area of high endemicity in Lithuania: disease severity and long-term prognosis // Clin. Infect. Dis. 2002. Vol. 35. №6. P. 650-658.*

Об авторах:

Спиридонов Валерий Александрович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Казанский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, руководитель отделения судебно-медицинских исследований экспертно-криминалистического отдела СУ СК РФ по Республике Татарстан, заслуженный врач РТ, Казань, e-mail: vaspiridonov@yahoo.com

Александрова Лилия Гафаровна – ассистент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Казанский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, Казань

Калянов Виктор Александрович – ассистент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Казанский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, Казань

Латфуллина Раина Радиковна – студентка 3 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Казанский Государственный Медицинский Университет» Минздрава РФ, 1 курса юридического факультета Казанского (Приволжского) Федерального Университета, Казань

Spiridonov Valery Aleksandrovich – Head of the department of forensic medicine of FSBEI HE Kazan State Medical University MOH Russia, Head of office of medico-legal researches of expert and criminalistic department of IG of the IC RF of the Republic of Tatarstan, Doctor of Medical Science, Associate Professor, honored doctor of RT, Kazan

Alexandrova Lilia Gafarovna – the Assistant to department of forensic medicine of FSBEI HE Kazan State Medical University MOH Russia, Candidate of Medical Sciences, Kazan

Kalyanov Victor Aleksandrovich – Assistant to department of forensic medicine of FSBEI HE Kazan State Medical University MOH Russia, Kazan

Latfullina Raina Radikovna – student 3 courses of pediatric faculty of FSBEI HE Kazan State Medical University MOH Russia, 1 course of law department of Kazan (Volga region) Federal University, Kazan

© Спиридонов В.А., Александрова Л.Г., Калянов В.А., Латфуллина Р.Р., 2017

Свередюк М.Г.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОКАЗЫВАНИЯ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ ПО ДЕЛАМ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ОТДЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ СОСТАВА ПРАВОНАРУШЕНИЯ

В статье рассматриваются вопросы процесса доказывания по делам о возмещении вреда здоровью. Акцент сделан на раскрытие содержания доказательственных фактов, включающих состав правонарушения. Приводится судебная практика.

Ключевые слова: *предмет доказывания, здоровье, доказательственные факты, противоправное поведение, исковое заявление, пациент.*

Maksim G. Sverediuk

SOME ASPECTS OF PROOF IN THE CIVILIAN PROCESS ON CASES OF HEALTH PAYMENT FOR HARMFUL, APPLICABLE TO SELECTED ELEMENTS OF THE COMPOSITION OF OFFENSES

The article examines some aspects of the process of proof in cases of compensation for harm to health. The emphasis is on disclosing the content of evidential facts, including the composition of the offense. Judicial practice is given.

Key words: *subject of proof, health, evidentiary facts, unlawful behavior, statement of claim, patient.*

Судебное доказывание в гражданском судопроизводстве – это урегулированная процессуальным законом деятельность суда и других участников процесса, направленная на установление обстоятельств конкретного дела, с целью вынесения законного и обоснованного решения по нему.

Согласно части 1 статьи 55 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (далее по тексту ГПК РФ) [1]: «Доказательствами по делу являются полученные в предусмотренном законом порядке сведения о фактах, на основе которых суд устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, обосновывающих требования и возражения сторон, а также иных обстоятельств, имеющих значение для правильного рассмотрения и разрешения дела».

Исходя из данной правовой нормы можно выделить следующие признаки доказательств: в доказательствах содержаться сведения о фактах; сведения о фактах – это сведения об обстоятельствах, имеющих значение для правильного рассмотрения и разрешения дела; сведения о фактах должны содержаться в источниках предусмотренных законом; в процесс доказывания сведения о фактах вовлекаются в определенном законом порядке.

Как следует из части 2 статьи 56 ГПК РФ: «Суд определяет, какие обстоятельства имеют значение для дела, какой стороне надлежит их доказывать, выносит обстоятельства на обсуждение, даже если стороны на какие-либо из них не ссылались».

То есть, если воспользоваться доктринальным определением – суд формирует предмет доказывания.

Содержание предмета доказывания составляют совокупность фактов, подлежащих установлению. Выделяют четыре группы таких фактов:

1. Юридические факты материально-правового характера. Прежде всего к данным фактам относятся нормы материального права. Например, в статье 151 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее по тексту ГК РФ) [2] перечисляются основания компенсации морального вреда.
2. Юридические факты процессуально-правового характера.
3. Факты, установление которых необходимо для выполнения воспитательных и предупредительных задач правосудия.
4. Доказательственные факты, которые после установления судом используются в качестве доказательств для определения обстоятельств предмета доказывания. [4, с. 23] То есть, это факты, которые не имеют самостоятельного юридического значения, но в случае их установления с помощью доказательств позволяют сделать вывод о других юридически значимых фактах.

На взгляд автора, доказательственные факты имеют одно из первостепенных значений в предмете доказывания, поскольку именно в них раскрывается состав правонарушения. «В предмет доказывания по делу о возмещении вреда, причиненного здоровью гражданина, входят следующие факты: противоправные действия (бездействие) ответчика; причинение вреда потерпевшему, причинная связь». [5, с. 12].

Согласно частям 1 и 2 статьи 1064 ГК РФ [3] вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.

Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине».

Таким образом, законодатель в предмет доказывания по делу о возмещении вреда, включает следующие факты: противоправное поведение ответчика, причинение вреда потерпевшему, причинную связь между правонарушением и причиненным вредом, а также вину.

Иными словами, ответственность может наступить только при наличии в действиях (бездействии) лица состава правонарушения.

Получив претензию либо исковое заявление целесообразно проанализировать каждый из названных критериев, сопоставив его с юридическими фактами материально-правового характера.

Противоправность означает нарушение нормы закона или иного нормативного акта, несоответствие результатов деятельности требованиям и позволениям, содержащимся в нормах права. То есть нарушение медицинским работником законов или подзаконных актов, регулирующих лечебную деятельность. При этом доказывая наличие либо отсутствие противоправности, необходимо руководствоваться не только законами, но и проверенными практикой непреложными истинами медицинской профессии, общепризнанными и общепринятыми правилами медицины, изложенными в источниках информации либо передаваемыми устно или наглядно между коллегами по профессии, – словом, всем тем, что формирует обычаи медицинской практики.

Так, например, в гражданском деле по иску Л. к КГБУЗ, рассмотренному Кировским районным судом г. Хабаровска, автор, подтверждая отсутствие противоправного поведения ответчика, представлял в суд в качестве доказательства рекомендации кафедры НИИ глазных болезней Российского государственного медицинского университета г. Москвы.

У суда возник вопрос относительно обоснованности сделанной в выписке рекомендации для участкового педиатра лечащим врачом КГБУЗ в отношении срока консультации окулиста – через две недели после выписки из стационара.

Согласно данных Рекомендаций наблюдению 1 раз в 2 неделе подлежат дети у которых выявлены начальные признаки ретинопатии. А в условиях участковой поликлиники осмотр окулиста должен быть произведен у детей в возрасте 1,5 месяца, что укладывается в рекомендуемые лечащим врачом сроки осмотра, то есть две недели после выписки из стационара.

Взяв во внимание данные доказательства, суд признал отсутствие противоправности в действиях ответчика и отказал в удовлетворении искового заявления представителю пациента.

Второй элемент состава правонарушения – вред. Зачастую в исковых заявлениях к медицинским организациям речь идет о моральном и имущественном вреде.

В настоящее время все больше случаев, когда взыскиваются существенные суммы морального вреда с медицинских организаций. Так в качестве примера можно привести дело, рассмотренное Хабаровским районным судом, по иску Я. к КГБУЗ о возмещении морального вреда, материального ущерба.

Поводом для иска послужили следующие обстоятельства: состояние несовершеннолетнего ребенка – эпилепсия, предполагало обследование в стационарных условиях. Во время очередной плановой госпитализации у девочки возобновились фокальные с вторичной генерализацией приступы, которые купировались самостоятельно или после парентерального введения противосудорожных препаратов при их учащении. Утяжеление течения судорожного синдрома потребовало оказания реанимационной помощи. Однако, несмотря на проведение адекватной терапии рефрактерного эпилептического статуса, купировать патологическое состояние удалось только в течение 3-х суток. Между тем девочка впала в кому.

Суд признал наличие противоправного поведения в действиях медицинских работников КГБУЗ, причинную связь, и взыскал в качестве компенсации морального вреда 1 800 000 рублей.

Особо необходимо обратить внимание на то, что по данному делу было проведено две судебно-медицинские экспертизы. Выводы в обоих заключениях были диаметрально противоположными. Представители ответчика и прокурор, участвующий в деле заявили ходатайство о проведении третьей судебно-медицинской экспертизы за пределами субъекта. Между тем, суд, в удовлетворении ходатайства отказал, изложив в решении следующее: «Нельзя не учитывать также то обстоятельство, что экспертное учреждение, также как и медицинская организация – ответчик, является бюджетным учреждением Министерства здравоохранения Хабаровского края, в связи с чем у суда имеются сомнения в абсолютной незаинтересованности экспертов».

Относительно вопросов возмещения имущественного ущерба судебная практика исходит из необходимости конкретизации требований, применительно к рекомендациям сделанным пациенту медицинскими работниками. В частности, в ранее упоминавшемся гражданском деле по иску Я. к КГБУЗ помимо морального вреда представитель потерпевшего заявил материальные требования на сумму 16 миллионов рублей.

Судом в Решении сделан следующий вывод: «Суд считает необходимым исключить из расчета цены исковых требований такие позиции как «медикаменты» без указания на конкретные препараты».

В отношении доказывания отсутствия причинно-следственной связи имеется судебная практика, согласно которой судом принимается во внимание множественность причин приведших к негативным для пациента последствиям, на основании чего в удовлетворении суд отказывает.

Интерес вызывает следующее судебное дело. С иском к учреждению обратилась А. о компенсации морального вреда в размере 1 000 000. Свои исковые требования А. обосновывала тем, что ей оказали медицинскую помощь ненадлежащего качества, в результате чего она стала инвалидом.

В частности, истица рожала в КГБУЗ. При доношенном сроке беременности у А. произошли патологические роды. Причиной патологии явился гигантский вес плода (4870,0), за счет чего

сформировалось несоответствие таза женщины головке плода. В связи с этим роды были закончены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке

Для родоразрешения выполнено технически адекватное оперативное пособие с применением самых современных шовных материалов. Через 16 дней после выписки у истицы развился острый метроэндометрит, она была транспортирована в краевую больницу где ей сделали операцию по удалению матки.

По делу была проведена судебно-медицинская экспертиза. В экспертном заключении сказано: «Учитывая длительный промежуток между операцией и началом заболевания (почти 2,5 недели) можно предполагать о дополнительных причинных факторах – переохлаждение, нарушение гигиенического режима, физические нагрузки и т.д. Появление гематомы в позднем послеоперационном периоде и снижение на этом фоне гемоглобина до 73 г/л может свидетельствовать о нарушении режима труда и отдыха (при выписки из родильного дома по УЗИ – патологических аспектов в малом тазу не выявлено».

Для возложения гражданско-правовой ответственности на медицинскую организацию при причинении вреда необходимо установить вину медицинского работника, которая, как правило, выражается в форме неосторожности. Бывает весьма сложно разграничить неосторожность и случай.

Так в практике автора имело место рассмотрение сложнейшего гражданско-правового спора, в котором не последнюю роль играл вопрос о наличии вины в действиях врача. В частности, в связи с нарушением функции желудочно-кишечного тракта, невозможностью приема пищи через естественные пути, с целью проведения парентерального питания ребенку (возраст три дня) произведена катетеризация правой подключичной вены. Был установлен пластиковый катетер диаметром 0,5 мм, специально предназначенный для катетеризации центральных вен у новорожденных детей. Через 9 дней в связи с завершением интенсивной терапии этим же врачом проведено удаление катетера из правой подключичной вены. Во время снятия фиксирующей лигатуры на фоне повышенной спонтанной двигательной активности больного, обусловленной тяжелой патологией нервной системы, браншей ножниц был задет подключичный катетер. Фрагмент катетера сразу же мигрировал под кожу. Были предприняты попытки удалить катетер, но они оказались неудачными. В дальнейшем фрагмент катетера переместился в правый желудочек сердца и закрепился в строме миокарда. Возникает вопрос: В действиях врача была простая неосторожность или это был случай. В судебном процессе мнения разделились. Завершилось же судебное разбирательство заключением.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о важности доказательственных фактов в делах по возмещению вреда здоровью. Представляется целесообразным при первоначальном анализе требований пациента акцентировать внимание на четырех элементах состава правонарушения. При этом нельзя не отметить также то, что отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство. Иными словами, в деликтном праве действует презумпция виновности причинителя вреда, что заставляет занимать активную позицию в судебном процессе.

Список литературы:

1. *Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 №138-ФЗ (ред. от 29.07.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.08.2017) // www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_39570/*
2. *Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая. 30 ноября 1994 года №51-ФЗ// www.consultant.ru/document/consdocLAW5142/*
3. *Гражданский кодекс Российской Федерации часть 2 (ГК РФ ч.2) 26 января 1996 года №14-ФЗ// www.consultant.ru/document/cons_docLAW9027*
4. *Решетникова И.В. Судебное доказывание и доказательства в гражданском процессе// Гражданский процесс/Под ред. В.В. Яркова. М. 2001, С. 23.*
5. *Справочник по доказыванию в гражданском судопроизводстве. М.: Норма, 2007, С. 12.*

Об авторе:

Свередюк Максим Геннадьевич – юрисконсульт, старший преподаватель кафедры «Общественное здоровья и организация здравоохранения», Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнитель-

ного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, e-mail: uristms27@bk.ru

Sverediuk Maksim Gennadievich – legal advisor, senior lecturer of the department «Public Health and Health Organization» Territorial State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education «Postgraduate Institute for Public Health Workers» under the Health Ministry of Khabarovsk Territory, Khabarovsk

© Свередюк М.Г., 2017

Фарбер Е.В.

К ВОПРОСУ О НАЗНАЧЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В статье рассматриваются требования законодательства о необходимости назначения судебно-медицинской экспертизы. Поднимается вопрос о возможности разрешения дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, без назначения судебно-медицинской экспертизы.

Ключевые слова: *судебная экспертиза, судебно-медицинская экспертиза, доказательства по делу, заключение эксперта, стандарт медицинской помощи, дефект медицинской помощи, ходатайство о завершении стадии сбора доказательств.*

Farber E.V.

TO A FORENSIC MEDICAL EXAMINATION APPOINTMENT QUESTION

Present article discusses legislation requirements of the need to appoint judicial-medical examination. Cases resolution without appointment of a forensic medical examination question raised.

Key words: *forensic examination, forensic medical examination, evidence in the case, expert opinion, medical care standard, medical care defect, evidence gathering completion petition.*

Сегодня, казалось бы, не вызывает сомнений, что при рассмотрении дела в суде о ненадлежащем оказании медицинской помощи и (или) при дефектах оказания медицинской помощи не обойтись без экспертизы качества медицинской помощи или судебно-медицинской экспертизы.

Как следует из ч. 1 ст. 79 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (ГПК РФ) при возникновении в процессе рассмотрения дела вопросов, требующих специальных знаний в различных областях науки, техники, искусства, ремесла, суд назначает экспертизу. Проведение экспертизы может быть поручено судебно-экспертному учреждению, конкретному эксперту или нескольким экспертам [1].

Такая формулировка предполагает, что для назначения экспертизы у суда должны возникнуть вопросы, а наличие возникших у суда вопросов, требующих специальных познаний, будет необходимым условием для назначения экспертизы.

Данное условие можно рассматривать с двух сторон.

С одной стороны, можно говорить о том, что по любому делу, где имеются специальные вопросы, под которыми следует понимать вопросы, превышающие знания обычного человека, назначение экспертизы обязательно.

С другой, можно говорить о том, что под специальными вопросами следует считать вопросы, которые оказались настолько необычными и (или) специфичными, что суд на данном этапе рассмотрения дела не смог в них разобраться. Ведь именно суд обязан разобраться в вопросах, требующих специальных познаний, и, в конечном счете, именно суд обязан и будет давать оценку экспертному заключению.

Необходимость назначения экспертизы также определяется судьей, исходя из его собственной компетентности (достаточности знаний) в разбираемом деле к моменту решения вопроса о необходимости ее назначения.

Суд оценивает представленные доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств и никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы. Фактически это означает, что заключение эксперта, как и другие доказательства по делу, не является исключительным средством доказывания и к нему применяются общие правила оценки доказательств, которые оцениваться в совокупности со всеми имеющимися в деле доказательствами (ст. 67 ГПК РФ).

Экспертное заключение, не упомянувшее важный для исхода дела документ или допрос свидетеля, может «вынудить» суд назначить повторную или дополнительную экспертизу. Что, в свою очередь, может потребовать еще нескольких месяцев разбирательства.

Увеличение срока рассмотрения дела в суде – это не единственный минус в назначении судебно-медицинской экспертизы. Еще об одном «недостатке» не принято говорить, но, как утверждают столкнувшиеся с экспертизой юристы и консультанты «Лиги защиты пациентов», у них «имеется достаточно оснований не доверять той системе судебно-медицинских экспертных учреждений и заключений, которые имеются сегодня в России», поскольку далеко не всегда им приходится получать объективное экспертное мнение [2].

Президент «Лиги защиты пациентов» А.В. Саверский отмечает, что порой ему и юристам, занимающимся правозащитной деятельностью в областях защиты прав пациентов, «приходится перелопачивать горы литературы, написанной, с участием экспертов, которые не редко противоречат своему же экспертному мнению» [3].

По мнению большинство юристов, немаловажным фактором в этом выступает финансирование деятельности судебно-экспертных учреждений, осуществляемое за счет средств бюджетов различных уровней [4, 5].

Каждая из сторон и другие лица, участвующие в деле, вправе представить суду вопросы, подлежащие разрешению при проведении экспертизы. Окончательный круг вопросов, по которым требуется заключение эксперта, определяется судом. Отклонение предложенных вопросов суд обязан мотивировать (ч. 2 ст. 79 ГПК РФ).

Стороны, другие лица, участвующие в деле, имеют право просить суд назначить проведение экспертизы в конкретном судебно-экспертном учреждении или поручить ее конкретному эксперту; заявлять отвод эксперту; формулировать вопросы для эксперта; знакомиться с определением суда о назначении экспертизы и со сформулированными в нем вопросами; знакомиться с заключением эксперта; ходатайствовать перед судом о назначении повторной, дополнительной, комплексной или комиссионной экспертизы (ст. 79 ГПК РФ).

Переоценить значение круга вопросов, представленных эксперту, невозможно. Грамотно сформулированные вопросы помогают и сориентироваться эксперту в деле, и «высветить» заинтересованность, той или иной стороны, но иногда, чтобы сократить время, затраченное на судебные заседания, и выиграть дело, имеет смысл постараться разрешить дело без судебно-медицинской экспертизы.

Возможность разрешения в суде дел о причинении вреда здоровью или жизни без судебно-медицинской экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи до недавнего времени вызывало иронию, но несколько дел, выигранные именно таким образом, «поставили точку» в этом вопросе [2].

Как утверждают юристы-практики, это стало возможным благодаря четко разработанным Минздравом России стандартам медицинской помощи при различных заболеваниях и состояниях. Сравнительный анализ исходной медицинской документации с этими стандартами и дает возможность обнаружить как дефекты оказания медицинской помощи, так и установить вину медицинского работника, если она есть.

В случае же если представитель пациента находит достаточным наличие доказательств в пользу пациента, он может в суде выйти с ходатайством о завершении стадии сбора доказательств. Выходя с таким ходатайством, стороной истца демонстрируется, что в деле уже не требуется никаких иных доказательств, в том числе и экспертизы.

В качестве примера хотелось бы привести случай летального исхода пожилой пациентки, находившейся в больнице с переломом шейки бедра после операции.

Из медицинских записей следовало, что операция прошла успешно. В послеоперационных рекомендациях по дальнейшему уходу за пациенткой фигурировал «риск развития пролежней», поэтому дочерью пациентки была нанята и оплачена рекомендованная главным врачом сиделка. Однако к пациентке в течение нескольких суток никто не подходил, а в дневниковых записях кроме «обход дежурного» данные об осмотрах отсутствовали.

Судя по имеющимся в медицинских документах записям, противопролежневые процедуры начались только через 5 дней после операции, пролежни начали обрабатывать на 7 день и лишь на 9 появилось первое упоминание о противопролежневом матрасе.

Представителями дочери пациентки благодаря всестороннему изучению всех имеющихся медицинских документов было установлено, что именно отсутствие ухода привело к пролежням, через которые проникла инфекция – золотистый стафилококк, которая в дальнейшем привела к сепсису и смерти пациентки.

Подробное изучение медицинских карт, листов назначений, их исполнений и т.п. позволило представителям истицы написать подробное и развернутое в соответствии с хронологией всех медицинских манипуляций ходатайство с просьбой о завершении стадии сбора доказательств. Также было заявлено, что в случае, если суд не удовлетворится изложенным, то стороной истицы будут поставлены дополнительно вопросы о необходимости назначения технического исследования медицинских документов для установления факта осуществления дописок, а также об обоснованности и своевременности применения, а затем отмены антибиотиков.

Судом после принятия ходатайства о завершении стадии сбора доказательств, вынесения определения об исследовании доказательств, не направляя дело на экспертизу, было вынесено решение в пользу истицы.

В итоге судебное разбирательство по этому делу, благодаря кропотливому и скрупулёзному исследованию юристами медицинской документации стало одним из самых быстрых дел (около 1 года), содержащих летальный исход вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 №138-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_39570/ (дата обращения: 19.10.2016)*
2. *Лига защитников пациентов // URL: http://ligap.ru/ (дата обращения: 17.10.2016)*
3. *Саверский А. В. Защита прав пациентов: теория и практика // Нижний Новгород. 2013. С. 259-263*
4. *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: 17.10.2016)*
5. *Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 №73-ФЗ (действующая редакция, 2016) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_31871/ (дата обращения: 22.10.2016)*

6. *Приказ Минздрава России от 17 апреля 2002 №123 «ОСТ 91500.11.0001-2002. Отраслевой стандарт. Протокол ведения больных. Пролежни» // URL: http://www.consultant.ru/search/?q=%D0%9E%D0%A1%D0%A2+91500.11.0001-2002 (дата обращения: 22.10.2016)*

Об авторе:

Фарбер Елена Владиславовна – юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Farber Elena Vladislavovna – Lawyer, Senior Lecturer of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

© Фарбер Е.В., 2017

РАЗДЕЛ III.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Грачева Т.Ю., Москвина Я.В.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМЫХ

В статье представлены предложения по изменению законодательства по отношению к наркозависимым гражданам, совершившим общественно опасные деяния в области организации наркологической помощи.

***Ключевые слова**: обязательные меры медицинского характера, наркозависимый, совершивший правонарушение.*

Tatyana Y. Gracheva, Yana V. Moskvina

PROPOSALS FOR AMENDING THE LEGISLATION ON MANDATORY TREATMENT OF DRUG-DEPENDENT

The article presents proposals on changing the legislation in relation to drug addicts who committed socially dangerous acts in the field of organizing narcological assistance.

***Key words:** compulsory medical measures, drug addict who committed an offense.*

Существующее законодательство недостаточно четко определяет понятия и обязанности причастных лиц в области лечения наркозависимых, совершивших общественно опасные действия. Это влечет неисполнение закона, высокий (до 80) процент рецидивов преступлений и правонарушений тиками гражданами, низкую медицинскую, социальную и экономическую эффективность организуемой медицинской помощи [1, 2]. При изучении действующих нормативных актов установлены лакуны в законодательстве, отсутствие однозначно трактуемых понятий, использование разных по названию, но сходных по смыслу определений.

Предлагается ввести в законодательство новое понятие «обязательные меры медицинского характера» по отношению к лицам, употребляющим наркотические вещества без назначения врача, совершивших общественно опасные деяния. В настоящее время имеется разные названия в разных нормативно-правовых актах. Понятие должно быть аналогичным понятию «принудительные меры медицинского характера» в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями, совершившими общественно опасные деяния, но отличаться от него, так как психические за-

болевания не зависят от воли человека, а наркотические средства гражданин решает принимать по собственной воле. Понятие «обязательные меры медицинского характера» должны включать уточнение «в стационарных условиях», «в амбулаторных условиях», «в условиях диспансерного наблюдения».

На федеральном уровне предлагается внести изменения в следующие документы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (действующая редакция от 29.07.2017)

Сейчас:

ст. 82.1 Отсрочка отбывания наказания больным наркоманией

ст. 196 Обязательное назначение судебной экспертизы

ч. 3.2 психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией

(п. 3.2 введен Федеральным законом от 25.11.2013 №313-ФЗ)

ст. 299 Вопросы, разрешаемые судом при постановлении приговора

ч. 7.2 нуждается ли подсудимый в прохождении лечения от наркомании и медицинской и (или) социальной реабилитации в порядке, установленном статьей 72.1 Уголовного кодекса Российской Федерации

(п. 7.2 введен Федеральным законом от 25.11.2013 №313-ФЗ)

Предлагается:

– на этапе проведения судебной экспертизы (с привлечением нарколога) предусматривать эффективность назначенных обязательные мер медицинского характера возможно на основе прогнозирования, в выводах экспертов необходимо указывать потребность в лечении и диспансерном наблюдении, что позволит повысить длительность ремиссии и профилактировать повторные общественно опасные деяния;

– в судебном решении назначение: «обязательных мер медицинского характера» должно включать уточнение «в стационарных условиях», «в амбулаторных условиях», «в условиях диспансерного наблюдения».

2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред. от 29.07.2017)

Сейчас:

осужденному к лишению свободы, признанному больным наркоманией, совершившему впервые преступление, предусмотренное ч.1 ст. 228, ч. 1 ст. 231 и ст. 233 и изъявившему желание добровольно пройти курс лечения от наркомании, а также медицинскую реабилитацию, социальную реабилитацию, суд может отсрочить наказание в виде лишения свободы до окончания лечения и медицинской реабилитации, социальной реабилитации, но не более чем на пять лет – введение понятия: обязательные меры медицинского характера для осужденных наркологических больных в медицинскую деятельность

Предлагается:

– разделить обязательные меры медицинского характера по видам: стационарное и амбулаторное, диспансерное (сходно, но не равнозначно с принудительными мерами медицинского характера применяемые в психиатрии);

– создание реестра наркологических больных, совершивших общественно опасные деяния позволит получить представление о реальной клинической практике ведения пациентов, а также оценить медицинскую и экономическую эффективность, качество ремиссий, профилактика совершения повторных общественно опасных деяний. Регистр оценивает демографические и статистические данные и реальное время течения заболевания, эффективность различных схем и курсов лечения, динамика показателей пациента и статистика исходов наркологического расстройства.

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 29.07.2017)

Сейчас:

ст. 6.9.1 Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ в ред. Федерального закона от 03.02.2015 №7-ФЗ), ст. ст. 20.20, 20. 22 (в части наркотического опьянения)

Уклонение от прохождения лечения от наркомании или медицинской и (или) социальной реабилитации лицом, освобожденным от административной ответственности в соответствии с примечанием к статье 6.9 настоящего Кодекса, либо уклонение от прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения от наркомании и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации лицом, на которое судьей возложена обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, – влечет наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до тридцати суток.

Предлагается:

При несоблюдении лицами обязательности проходить диагностику, лечение и реабилитацию – назначение реального срока отбывания наказания с лечебно-реабилитационными мероприятиями, с исключением доступа к наркотическим веществам и соблюдение постоянного надзора за таким лицом, что приведет к более длительной ремиссии. При положительном эффекте возврат такого лица в медицинскую организацию для прохождения дальнейшего лечения. Создать промежуточный реабилитационный центр адаптации таких лиц, с проведением адаптационных и социальных программ с привлечением полипрофессиональных бригад (консультации различных специалистов врачей, юристов, социальных работников, педагогов и т.д.), решение вопроса жилья и трудоустройства.

Организовать межведомственное взаимодействие с Управлением ФСКН: рекомендовать мировым судьям при вынесении постановлений в отношении привлеченных к административной ответственности назначать проведение не только диагностики, но и профилактических мероприятий, лечения и медицинской реабилитации, диспансеризации

На ведомственном уровне предлагается изменить приказы МЗ РФ от 22.10.2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» и от 15.11.2012 г. №929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю наркология».

Сейчас:

Цель реабилитации состоит в максимальном восстановлении физического и психического, духовного здоровья наркологических больных. Это допускается путем комплексных, поэтапных, дифференцированных мероприятий.

Предлагается:

После проведенного лечения, организовать амбулаторное диспансерное наблюдение с проведением экспресс-тестирования на наличие наркотических средств с поддерживающим (противорецидивным) лечением, психокоррекцией (амбулаторная реабилитация) до 90 дней, параллельно пациенту предлагается посещение групп само- и взаимопомощи «Анонимные наркоманы», для профилактики совершения повторных общественно опасных деяний.

В Протокол №4 заседания Правительственной комиссии по профилактике правонарушений от 04.10.2013г. внести изменения в части, касающейся компетенции наркологической службы региона.

Сейчас:

имеется современное химико-токсикологическое оборудование, полученное, в том числе, в рамках программы модернизации наркологической службы и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, для аналитической диагностики наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ.

Предлагается:

– Центральная химико-токсикологическая лаборатория при кафедре аналитической и судебно-медицинской токсикологии факультета последипломного профессионального образова-

ния провизоров ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова», уполномоченная приказом МЗСР РФ от 27.01.2006г. №40 на организационно-методическое и научно-исследовательское обеспечение химико-токсикологических исследований, информирует химико-токсикологические лаборатории наркологических диспансеров о вновь появляющихся наркотических средствах и психотропных веществах, а также методах их исследования.

– создать стандарты наркотических средств и психотропных веществ (стандартных веществ сравнения и их эталонных растворов по принципу GLP в современной лаборатории), необходимых для получения надежных результатов химико-токсикологического анализа.

На региональном уровне (в нормативные акты здравоохранения Кемеровской области) внести изменения в приказ департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 24.09.2013 г. №1281 «О маршрутизации пациентов при трехуровневой системе оказания специализированной медицинской помощи населению Кемеровской области».

Сейчас:

определен порядок и маршрут движения пациентов с наркологическими расстройствами и заболеваниями по территориям обслуживания. Указанный порядок позволяет охватывать весь контингент пациентов наркологического профиля Кузбасса, нуждающихся в специализированной медицинской наркологической помощи, включая консультирование, диагностику наркологических расстройств, лечение и реабилитацию.

Предлагается:

– социальная реабилитация с привлечением полипрофессиональных бригад (консультации медицинских специалистов, социальных работников, юристов, помощь в восстановлении документов, адаптации с помощью трудоустройства на работу, получение профессии).

Предлагаемые изменения законодательных актов позволят уточнить и конкретизировать основные понятия, улучшить качество и эффективность наркологической помощи, социальную адаптацию наркозависимых, а также существенно снизить повторные общественно опасные деяния среди этого контингента.

Список литературы:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение (учебник для последипломного обучения) / Под ред. Царик Г.Н. // Кемерово: Практика, 2012. 911 с.*
2. *Самусь И.В., Сорокина В.А., Грачева Т.Ю. Управление медицинской организацией с использованием оптимизации организационно-методического обеспечения // Медицинское право. 2014. №4. С. 24-28.*

Об авторах:

Грачева Татьяна Юрьевна – заведующая кафедрой судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, доктор медицинских наук, Кемерово, e-mail: medpravo@bk.ru

Москвина Яна Владимировна – врач психиатр-нарколог ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Gracheva Tatyana Yurievna – Head of the Department of Forensic Medicine and Medical Law, State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Kemerovo

Moskvina Yana Vladimirovna – a psychiatrist-narcologist of Regional Clinical Psychiatric Hospital, Kemerovo

© Грачёва Т.Ю., Москвина Я.В., 2017

Калецкий Е.Г.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В НАРКОТИЧЕСКИХ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТАХ

Статья посвящена анализу преодоления проблем правового регулирования в области обеспечения пациентов наркотическими обезболивающими в России.

Ключевые слова: *здравоохранение, обезболивание, законный оборот наркотиков.*

Eugene Kaletskiy

PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF MEDICINAL SUPPORT OF PATIENTS NECESSARY IN NARCOTIC DECONTAMINATE PREPARATIONS

The article is devoted to the analysis of overcoming the problems of legal regulation in the field of providing patients with narcotic analgesics in Russia.

Key words: *healthcare, pain management, legal drug trafficking.*

В настоящее время сохраняет актуальность проблема обеспечения пациентов, нуждающихся в обезболивании (прежде всего, онкологических пациентов и пациентов, получающих паллиативную помощь), наркотическими обезболивающими средствами. Вопросы применения наркотических анальгетиков относятся к актуальным и для врачей, и для нуждающихся в обезболивании пациентов. Благотворительный фонд «Подари жизнь» в 2015 г. провёл опрос врачей и пациентов по поводу доступности обезболивающих препаратов. Половина больных рассказала, что занимать очередь за рецептом приходится в пять утра. 26% опрошенных слышат от доктора: «Боль надо терпеть». Ещё 36% заявили: «Врач не верит, что обезболивания недостаточно, и не меняет схему использования препарата, не подбирает другое средство». Медики назвали главными проблемами в организации обезболивания пациентов сложное законодательство, регулирующее оборот наркотических веществ, «недостаточную информированность врачей» и нехватку препаратов в аптеках. Такова усреднённая российская картина [4]. Говоря же о паллиативной помощи,

следует отметить, что к основным проблемам по обезболиванию и доступности медицинской помощи паллиативным больным можно отнести:

1. нежелание врачей нести уголовную ответственность за выписку наркотических обезболивающих средств по УК РФ;
2. большое количество процедур, усложняющих процесс получения наркотических аналгетиков для онкологических больных и отчетности по их использованию;
3. недостаточный уровень специализированных знаний врачей о схемах обезболивания;
4. отсутствие информации о маршрутизации при получении паллиативной помощи и информации о правах пациентов [5].

Право больного на обезболивание гарантировано п. 4 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В настоящее время действует несколько ведомственных документов, вменяющих обязанность лечащего врача по месту жительства и врачебной комиссии поликлиники (учреждения, обеспечивающего первичную медико-санитарную помощь) проводить обезболивание больных. Утвержден ряд документов, регламентирующих назначение обезболивающих препаратов [2, с. 6], Министерство здравоохранения РФ неоднократно давало разъяснения вопросов, связанных с получением пациентами сильнодействующих обезболивающих (см., например, письмо Минздрава России от 27.02.2014 №25-4 / 10 / 2-1277 об обезболивающей терапии нуждающимся пациентам при оказании им медицинской помощи). Однако право больных на обезболивание в настоящее время часто нарушается, и многие больные вынуждены страдать от острых и хронических болей, не получая адекватного обезболивания. По данным «Российского журнала боли», от 30 до 60% онкологических пациентов при первом визите к врачу жалуются на боль различной интенсивности и локализации. Их причиной могут быть непосредственно опухолевый процесс или вызванные им осложнения: лимфостаз, патологический перелом и др. Успешная противоопухолевая терапия в большинстве случаев приводит к регрессии болевого синдрома, но иногда в 12-20% случаев боль

сопровождает противоопухолевое лечение и даже на какое-то время усиливается. «Проблема терапии боли как при проведении противоопухолевого лечения, так и при его осложнениях, а также на стадии генерализации злокачественных новообразований достаточно актуальна. Из приведенных выше цифр понятно, что она касается миллионов пациентов», – пишет «Российский журнал боли» [6].

В региональных правовых актах существовал целый ряд дополнений, которые затрудняли и усложняли процесс получения пациентами необходимой им паллиативной медицинской помощи. Одним из таких актов избыточной законотворческой активности являлся, например, приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 25.05.2004 №257, устанавливавший, например, что лечебное учреждение должно быть лицензировано и иметь списки сотрудников, допущенных к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами. Следует отметить, что действующий в настоящее время правовой акт города Москвы – Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 11.12.2015 №1077 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, учета, отпуска, использования, уничтожения, назначения и выписывания наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II Перечня, психотропных веществ, внесенных в список III Перечня, в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» – также не свободен от зачастую, на взгляд автора, излишней регламентации (так, требование иметь списки сотрудников, допущенных к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, сохраняется). В то же время в действующем приказе Департамента здравоохранения г. Москвы закреплены и позитивные для пациентов новации: так, например, строго запрещается требовать возврат первичных упаковок и вторичных (потребительских) упаковок, использованных в медицинских целях наркотических средств и психотропных веществ, в том числе трансдермальных терапевтических систем, содержащих наркотические средства, при выписке новых рецептов на лекарственные препараты, содержащие назначение наркотических средств и психотропных веществ; при

наличии письменного заявления и объективных медицинских показаний допускается введение наркотических средств и психотропных веществ на дому родственниками больных после соответствующего инструктажа, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте амбулаторного больного.

Для преодоления сложившихся проблем в области обеспечения доступности наркотических обезболивающих Минздравом РФ при участии общественных организаций разработан План мероприятий («дорожная карта») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях», согласованный с Минпромторгом РФ, МВД РФ, Росздравнадзором и иными заинтересованными ведомствами (утв. Распоряжением Правительства РФ от 01.07.2016 №1403-р). План мероприятий предусматривает, в частности, расширение номенклатуры наркотических лекарственных препаратов, используемых при болевом синдроме; оптимизацию расчетов потребности в указанных препаратах; упрощение процедуры назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов [1, с. 18]. Указанная дорожная карта также отмечает необходимость декриминализации деяний медицинских и фармацевтических работников, связанных с нарушениями в процессе осуществления ими профессиональной деятельности правил оборота наркотических средств и психотропных веществ, не несущих в себе общественной опасности, для чего проводится анализ досудебной и судебной практики применения норм уголовного законодательства в отношении указанных работников в связи с нарушением ими установленных правил оборота наркотических средств и психотропных веществ (см. п. 14 Плана).

О своей готовности оказать РФ содействие в реформировании законодательства, касающегося паллиативной помощи, заявляла Европейская ассоциация паллиативной помощи. В открытом письме, распространенном в интернете, президент ассоциации Шейла Пейн отмечает, что профилактика наркомании важна, но она не должна препятствовать пациентам в возможности получать ту помощь, в которой они нуждаются. «Европейская ассоциация паллиативной помощи обеспокоена неадекватным

облегчением боли и уголовными обвинениями в адрес врачей за оказание помощи пациентам, страдающим от боли в Российской Федерации. Мы настаиваем на том, чтобы Конвенции ООН, принятые в 1961 и 1971 годах, были должным образом реализованы для улучшения доступности к обезболивающим препаратам», отмечается в тексте сообщения. Для упрощения доступа пациентов к обезболивающим препаратам ЕАПП рекомендует закрепить в законодательстве обязательства Российской Федерации обеспечивать адекватное наличие и доступность контролируемых лекарственных средств для всех медицинских и научных целей, а также гарантии отсутствия уголовной ответственности для врачей за выписку рецептов [3, с. 19].

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным сделать следующие выводы:

1. Государственными органами РФ, регулирующими отношения в сфере здравоохранения и оборота наркотических средств и психотропных веществ, производится работа по устранению противоречий между необходимостью ограничения такого оборота в целях предотвращения противоправных деяний и правом пациента на обезболивание; однако данная деятельность до сих пор сталкивается со значительными трудностями при практической реализации предложенных мер по улучшению ситуации с обезболиванием пациентов наркотическими препаратами;

2. Крайне важным остается провести оценку эффективности реализации запланированных и уже осуществленных мероприятий (в частности, анализ новых методических рекомендаций и нормативных правовых актов по мере их опубликования, анализ фактической обеспеченности пациентов необходимыми лекарственными средствами).

Список литературы:

1. *Александрова Н.В. Правительство РФ расширяет номенклатуру наркотических препаратов // Аптека: бухгалтерский учет и налогообложение. 2016. №8. С. 18-20.*
2. *Пикалев Т.Б. Право пациента на обезболивание или облегчение боли // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2013. №6. С. 6-13.*

3. *Колбасова Т. Обезболить по закону // Медицинский вестник. 2014. №7. С. 19.*
4. *Применение опиатов в терапии болевого синдрома: законодательные аспекты, распространённые «мифы», программы обезболивания. 12.01.2017 URL: https://sibmeda.ru/articles/terapiya/narkoticheskie-analgetiki-aktualnye-voprosy-prakticheskogo-primeneniya/ (дата обращения: 15.11.2017).*
5. *Власов Я.В., Синеок Е.В., Дронов Н.П. Анализ основных проблем доступности оказания паллиативной медицинской помощи онкобольным. 21.09.2016 URL: http://www.remedium.ru/health/detail.php?ID=69753 (дата обращения: 15.11.2017).*
6. *Обезболенный вопрос. 23.08.2016 URL: http://tat.rus4all.ru/expert/20160823/726796800.html (дата обращения: 15.11.2017).*

Об авторе:

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

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

© Калецкий Е.Г., 2017

Никитин М.В., Мелехин О.Ю.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И РЕГУЛИРОВАНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ КУРОРТНОГО ДЕЛА САНАТОРНО-КУРОРТНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РОССИИ

В статье обозначены проблемные вопросы правового обеспечения и регулирования реализации государственной политики развития курортного дела санаторно-курортными организациями России и предложены меры их устранения.

Ключевые слова: *концепция, государственная политика развития курортного дела, правовое обеспечение, курорт, медицинская деятельность.*

Mikhail V. Nikitin, Oleg Yu. Melekhin

SOME ISSUES OF LEGAL SUPPORT AND REGULATION OF THE IMPLEMENTATION OF THE STATE POLICY OF DEVELOPMENT OF THE RESORT BUSINESS BY SANATORIUM AND RESORT ORGANIZATIONS OF RUSSIA

The article outlines problematic issues of legal support and regulation of the implementation of the state policy for the development of the resort business by sanatoria and resort organizations of Russia, as well as measures for their elimination.

Key words: *conception; state policy of resort development; legal support; resort; medical activity.*

Россия – великая держава с богатыми природно-рекреационными ресурсами, широким спектром уникальных природных лечебных факторов, что делает возможным дальнейшее развитие и совершенствование реализации государственной политики развития курортного дела в стране.

Обладая уникальными курортными ресурсами, санаторно-курортный комплекс России во многих случаях функционирует недостаточно эффективно. Одной из причин этого является проблема правового обеспечения и регулирования деятельности санаторно-курортных организаций по оказанию рекреационных услуг, которая заключается в недостаточном совершенствовании нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность санаторно-курортного комплекса, участие руководителей санаторно-курортных организаций в реализации государственной политики развития курортного дела на местном уровне [2].

Совокупность основополагающих идей и положений по развитию и совершенствованию курортного дела в стране, основанных на Конституции страны, Конституциях и Уставах Субъектов Российской Федерации, а также общепризнанных нормах международного права, оптимизация целей, задач, средств, направлений и подходов по развитию курортного дела, формирование позитивных тенденций развития на ближайшую перспективу, являются концепцией данной политики. На сегодняшний день нет единого нормативно-правового документа, облечённого в форму закона или подзаконного акта, содержащего в себе концептуальные положения развития курортного дела, с указанием временных сроков их практической реализации и финансовой поддержкой со стороны государства. Он необходим, так как санаторно-курортное дело является важнейшим звеном в системе социальных мер по укреплению здоровья нации, достижению эффективной реализации основных направлений государственной политики развития курортного дела на региональном и муниципальном уровнях, совершенствованию нормативно-правового обеспечения и регулирования деятельности санаторно-курортных организаций по практической ее реализации.

Стройная, понятная нормативно-правовая база, включающая в себя нормативные правовые акты всех уровней способствует развитию курортной отрасли, привлекательности санаторно-курортного комплекса, качеству оказания санаторно-курортной помощи, профессионализму сотрудников. С этой целью необходимо в законодательном порядке внести некоторые изменения и дополнения в законодательные акты федерального уровня. Например, в Закон от 28.12.2013 г. №406 ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об особо охраняемых природных территориях» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», который в ст. 2 «Категории особо охраняемых природных территорий, особенности их создания и развития», в частности пункт 2 данной статьи, исключает лечебно-оздоровительные местности и курорты, обла-

дающие природными лечебными ресурсами из числа категорий особо охраняемых природных территорий, тем самым теряется правовой статус указанных территорий, значительно изменяется их правовой режим. Исключение лечебно-оздоровительных местностей и курортов, обладающих природными лечебными ресурсами из числа категорий особо охраняемых природных территорий, не способствует экологическому благополучию в стране, более того, может привести к ухудшению качества и истощению природных ресурсов и объектов, обладающих лечебными свойствами. Необходимо в законодательном порядке внести добавление в п. 2 ст. 2 Закона «Об особо охраняемых природных территориях» (с изменениями на 28.12.2016 г.) от 14.03.1995 г. №33 ФЗ, подпункта о включении лечебно-оздоровительных местностей и курортов, обладающих природными лечебными ресурсами, в число категорий особо охраняемых природных территорий. Это позволит так же упорядочить земельные и градостроительные отношения на территориях, представляющих определенную ценность для государства и общества.

В Законе от 28.12.2010 г. №395 ФЗ «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса РФ и отдельные законодательные акты РФ», и п. 1 ст. 284.1. Налогового кодекса РФ говорится о том, что санаторно-курортное лечение не относится к медицинской деятельности, что противоречит не только понятию «курортология», но и понятию курортного дела, научно-медицинскую основу которого составляет курортология.

В Законе от 21.11.2011 г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации раскрывается содержание понятия медицинской деятельности. Санаторно-курортные организации страны призваны оказывать российским и иностранным гражданам специализированную, высокотехнологичную профессиональную медицинскую помощь. Оказание данной помощи осуществляется в процессе профессиональной деятельности медицинского персонала, то есть медицинской деятельности. Поэтому, в целях исключения неточностей и противоречий, в Налоговом кодексе РФ, в частности в пункте 1 ст. 284.1. и в Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323 ФЗ в пункте 10 ст. 2, законодателю необходимо: в Налоговом кодексе РФ в ст. 284.1. п. 1 исключить фразу «При этом деятельность, связанная с санаторно-курортным лечением, не относится к медицинской деятельности», в перечень видов образовательной и медицинской деятельности, осуществляемой организациями для применения налоговой ставки 0 процентов по налогу на прибыль организаций, утвержденному Постановлением Правительства РФ от 10.11.2011 г. №917 внести соответствующее дополнение. Это позволит исключить не только неточности и противоречия в законах, но и решить вопрос об установлении минимальной ставки налогообложения санаторно-курортных организаций по налогу на прибыль, что позитивно повлияет на дальнейшее развитие курортного дела.

Большое количество здравниц расположено по побережью Азовского и Черного моря. Все они пользуются в рекреационных целях пляжными территориями. Практически являясь субъектами хозяйствования. использующими пляж, санаторно-курортные организации должны обладать преимущественным правом на заключение договоров водопользования на прилегающих к пляжам акваториях, так как заключение таких договоров возможно только по результатам проведенных аукционов, при наличии нескольких претендентов, среди которых могут быть и те, кто не осуществляет рекреационную деятельность. Это создает определенные трудности в деятельности санаторно-курортных организаций по оказанию лечебно-оздоровительных услуг.

С целью правового урегулирования водопользования санаторно-курортными организациями на прилегающих к пляжам акваториях, необходимо в законодательном порядке дополнить п. 2 ст. 16 Водного кодекса РФ следующим содержанием: «Санаторно-курортные организации, использующие пляж в рекреационных целях, имеют преимущественное право на заключение договоров водопользования на прилегающих к пляжам акваториях».

Среди природных ресурсов курортов важное место занимают недра, поскольку они влияют на формирование минеральных вод, относящихся к природным лечебным ресурсам. Источники минеральных и термальных вод образуют особую группу среди

ресурсов недр. Правовую основу использования недр и их ресурсов, прежде всего подземных минеральных вод курортов, составляет закон РФ «О недрах» от 21.02.1992 г. №2395-1. Используемые и неиспользуемые части недр в пределах курортов относятся к государственному фонду недр. Недра в границах территории РФ, в том числе и курортов, включая подземное пространство и содержащиеся в недрах полезные ископаемые (минеральные воды), являются государственной собственностью, а вопросы владения, пользования, и распоряжения недрами находятся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ. Добытые из недр полезные ископаемые, в том числе минеральные воды, по условиям лицензий могут находиться в федеральной государственной собственности, собственности субъектов РФ, муниципальной и частной собственности [3]. К сожалению, данный закон, участвующий в обеспечении и регулировании реализации государственной политики развития курортного дела, не лишен недостатков. В нем не содержится норм, предусматривающих экологических требований к добыче минеральных вод. Наличие этого пробела на практике приводит к тому, что источники минеральной воды могут эксплуатироваться без соблюдения экологических требований. Что недопустимо и должно быть устранено в законодательном порядке.

Так же на законодательном уровне необходимо пересмотреть некоторые положения Лесного кодекса РФ от 04.10.2006 г. и восстановить правовые нормы Лесного кодекса 1997 г. касающиеся лесов, произрастающих на территории курортов. Необходимо восстановить запрет на заготовку древесины на основе рубок главного пользования, за исключением только рубок ухода за лесом и санитарных рубок деревьев. Действующий Лесной Кодекс РФ не содержит норм о таком запрете. Кроме того ст. 103 Лесного кодекса РФ необходимо дополнить положением о том, что «защитные леса, находящиеся на территории курортов, являются природными лечебными ресурсами и могут быть использованы только для целей рекреации». Очень важно не только эффективно использовать, но и сохранять природный и рекреационный потенциал курортов [3].

В законодательном порядке в стране введен эксперимент курортного сбора. Процесс введения курортного сбора должен быть гибким и аккуратным, иначе это может, в конечном счете, привести к удорожанию поездки на курорт, уменьшению турпотока и потока отдыхающих в официальный санаторно-курортный и туристический сектор страны, что создаст определенные сложности в перспективном развитии курортного дела в России [1].

Наделение Федерального агентства по туризму полномочиями по продвижению услуг санаторно-курортного комплекса России на внутренних и мировых туристических рынках является приоритетным направлением совершенствования организационного обеспечения реализации государственной политики развития курортного дела. Мы считаем необходимым на уровне Правительства РФ внести изменения и дополнения в п. 5.3.3. положения о Федеральном агентстве по туризму утвержденном Постановлением Правительства РФ от 31.12.2004 г. №901 следующего содержания: «осуществляет продвижение услуг санаторно-курортного комплекса и туристического продукта на внутреннем и мировом туристических рынках».

Очень важным вопросом для санаторно-курортных организаций является их антитеррористическая защищенность от лиц, имеющих преступный, криминальный умысел. С этой целью Правительством РФ было принято Постановление «Об утверждении требований к антитеррористической защищенности объектов (территорий) министерства здравоохранения РФ и объектов (территорий), относящихся к сфере деятельности министерства здравоохранения РФ, и формы паспорта безопасности этих объектов (территорий)» от 13.01.2017 г. №8. В каждой санаторно-курортной организации должен быть разработан и согласован паспорт безопасности объекта (территории). Согласовывается данный документ с руководителями территориального органа безопасности, Федеральной службы войск национальной гвардии и утверждается руководителем органа (организации) являющегося правообладателем объекта (территории) или уполномоченным им лицом. С момента принятия данного постановления у руководителей санаторно-курортных организаций возникают затруднения в вопросах

согласования паспорта безопасности, направления его электронной копии. Дело в том, что данное постановление не отменяет Постановление Правительства «Об антитеррористической защищенности» объектов (территорий) от 25.12.2013 г. №1244, в котором также для медицинских организаций предусмотрена разработка и согласование паспорта безопасности (антитеррористической защищенности) медицинской организации иной формы, чем та, что предусмотрена постановлением от 13.06.2017 г. №8. Не совсем понятен вопрос согласования паспорта руководителями территориальных органов безопасности и Федеральной службы войск национальной гвардии, в частности, какого именно территориального уровня района (города) или уровня субъекта Федерации. В какой территориальный орган Министерства внутренних дел РФ районного или краевого (областного, республиканского) уровня необходимо направлять электронную копию паспорта безопасности объекта (территории). В целях устранения названных недостатков необходимо на правительственном уровне внести соответствующие дополнения в Постановление Правительства «Об утверждении требований к антитеррористической защищенности объектов (территорий) министерства здравоохранения РФ и объектов (территорий) относящихся к сфере деятельности министерства здравоохранения РФ, и формы паспорта безопасности этих объектов (территорий)» от 13.01.2017 г. №8. В рамках данной статьи мы попытались обозначить лишь некоторые важные вопросы нормативно-правового обеспечения и регулирования деятельности санаторно-курортных организаций по практической реализации государственной политики развития курортного дела в России.

Список литературы

1. *Колосов Д.И. «Курортный сбор: правовая природа и особенности введения». Предпринимательство и право, 2017.*
2. *Никитин М.В., Мелехин О.Ю. «Правовое обеспечение реализации государственной политики развития курортного дела санаторно-курортными организациями России». Медицинское право: теория и практика, 2017. №1 (5).*
3. *Садовская О.В. «К вопросу о правовом режиме курортов». Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева, 2014.*

Об авторах:

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

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

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

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

© Никитин М.В., Мелехин О.Ю., 2017

Москвина Я.В.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Статья посвящена правовым аспектам внедрения и ведения регистра лиц, с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением психоактивных веществ и совершившие общественно опасные деяния.

Ключевые слова: *внедрение и ведение регистра наркозависимых, клиническая эффективность регистра, противоправное деяние.*

Yana V. Moskvina

LEGAL ASPECTS OF ESTABLISHING AND MAINTAINING THE REGISTER OF DRUG ADDICTS WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

The article is devoted to legal aspects of establishing and maintaining the register of persons with mental and behavioural disorders caused by psychoactive substances and have committed socially dangerous acts.

Key words: *implementing and maintaining the register of drug addicts; the clinical efficacy of the case; a wrongful act.*

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. 5].

Актуальность исследования обусловлена ростом количества наркозависимых, увеличение общественно-опасных деяний, совершаемыми данными лицами в обществе. Этому способствует мировой экономический кризис, нестабильность экономической и социальной ситуации, происходящие изменения в системе личностных ценностей. В связи с этим становится актуальными проблемы организации обязательного лечения наркологических больных, совершивших уголовно-наказуемые деяния.

Современная медицина идет по пути повышения эффективности и безопасности лечения, стандартизации предоставляемых услуг и систем здравоохранения в целом. Введение регистров для лиц, зависимых от психоактивных веществ, принимаемых без назначения врача, может стать инструментом, для решения многих задач. Регистры предоставляют такие данные о применении медицинских технологий, как безопасность и эффективность, мониторинг результатов лечения в условиях реальной клинической практики. В Российской федерации введение регистров наркозависимых лиц может способствовать рациональному планированию бюджета.

Регистр пациентов – это организованная система сбора информации о пациентах, имеющих конкретные заболевания, находящихся в определенном клиническом состоянии или получающих конкретное лечение, которые взяты на учет в системе здравоохранения [2, с. 27].

Приоритетным определением «регистра» для наркозависимых лиц – это проспективное, обсервационное (наблюдательное) когортное исследование пациентов с конкретной болезнью, определенным фактором риска или одинаковым клиническим состоянием [3, с. 29].

Использование регистров является доступным и удобным инструментом для решения большого количества исследовательских и организационных вопросов.

Отличие регистра от другого источника клинических данных состоит в более высокой продолжительности их ведения, что позволяет оценивать их отдаленные результаты.

Для лиц, зависимых от психоактивных веществ, предлагается виды регистра:

- регистры заболеваний (хронических);
- регистры оказания медицинской помощи (процедур/госпитализаций; объема и качества предоставляемых медицинских услуг).

Регистр наркологического заболевания, оценивает статистические и демографические данные и реальное время течения заболевания, динамику показателей пациента и статистику исходов

наркологического расстройства, показывает эффективность различных схем и курсов лечения применяемых препаратов.

Регистр оказания медицинской помощи, основаны на качестве предоставляемых медицинских услуг наркозависимым лицам, эффективности применяемого лечения и оценке работы медицинского персонала.

Характеристикой всех регистров является наблюдательное исследование, которое содержит направления:

- определение эффективности терапии и определение коэффициента «затраты-эффективность»;
- описание реального течения заболевания;
- оценка эффективности терапии;
- оценка безопасности терапии;

Виды разработанных и внедренных регистров для наркозависимых лиц:

1. Регистр заболеваний (основного заболевания и сопутствующих заболеваний).

2. Регистр оказания медицинской помощи

а) регистры госпитализаций

б) регистры объема и качества медицинских услуг

3. Регистр лекарственных средств и регистр медицинской техники (использование плазмофереза).

4. Ведение госпитальных и популяционных регистров пациентов, находящихся на реабилитационном лечении.

Между данными разработанными регистрами имеются общие характеристики, такие как, определение эффективности лечения и реабилитации, оценка безопасности лечения, реальное течение заболевания и его анализ, оценка эффективности ремиссий, анализ, совершения повторных общественно опасных деяний.

Регистр заболеваний предполагает время течения заболевания, эффективность программ лечения, разработанных индивидуально для каждого пациента, регистрация и анализ сопутствующих заболеваний и их распространенность (ВИЧ-инфекция, гепатит С, туберкулез и т.д.).

Регистр лекарственных средств, предполагает введение системы электронных назначений лекарственных препаратов для

медицинского применения наркозависимым, совершенствования системы государственной стандартизации в сфере обращения лекарственных средств и системы повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников [4, с. 37]. Обеспечение рационального использования лекарственных препаратов для медицинского применения.

Регистр пациентов, находящихся на медико-социальной реабилитации, предполагает внедрение в клиническую практику современных достижений в области организации медицинской помощи по медицинской реабилитации и проведение анализа эффективности их применения, ежегодное прогнозирование и учет числа нуждающихся в медицинской реабилитации, как мера профилактики совершения общественно опасных деяний.

Анализ информации по течению заболеваний является основополагающим, так как позволяет повысить качество диагностических мероприятий по данному заболеванию, а также установить реальную распространенность и заболеваемость в каждом изучаемом регионе.

Так же регистр поможет оценить клиническую эффективность лекарственных препаратом, получаемых наркозависимыми лицами, выявить их побочные явления и оценить целесообразность назначения и провести фармакоэкономический анализ.

Заполнение регистра поможет оценить эффективность проведенной терапии и продолжительность жизни пациента, качество ремиссий, анализ совершения повторных общественно опасных деяний.

Регистр не должен включать в себя большое количество данных. Все исследования должны быть обобщены по критериям. Полученная информация для каждого пациента должна быть в одинаковой форме, т.е. все данные должны быть стандартны.

Распределение пациентов по группам, учет численности наркозависимых лиц, рациональное планирование лечения и медико-социальной реабилитации применяются электронные системы, на базе разработанного программного обеспечения.

В качестве примера заполняемого регистра необходимые блоки информации в электронном варианте:

1. Заболевание (дата постановки диагноза, дата взятие на диспансерное наблюдение, методы обследования, характер течения заболевания, стадия заболевания);
2. Социальная информация (ФИО, пол, возраст, профессия, семейное положение, образование);
3. Коды заболевания (шифр по МКБ-10);
4. Статистика (количество больных);
5. Факторы риска (окружение вокруг пациента, местность проживания, наличие сопутствующих заболеваний, мотивация на лечение, состояние по мере прогрессирования лечения);
6. Общие показатели (итоговые показатели заболеваемости);
7. Качество ремиссий.

К негативным сторонам ведения регистров можно отнести значительные трудовые затраты по их ведению, необходимость принятия мер по организации ведения регистра, серьезные требования по защите несанкционированного использования. Для обсуждаемого регистра наркозависимых совершивших противоправные деяния, предложена структура, меры защиты, регламент использования, перечень причастных учреждений и организаций, ограничения и правовое обоснование.

Для наркологических больных по заполнению и ведению регистра в медицинской организации приняты различные организационные меры: обучение специалистов (операторов), издание приказов, должностных инструкций, контроль за исполнением данных приказов, осуществляемая проверка информационных систем, защита носителей информации, обеспечение конфиденциальности данных пациента. Выполнение требований федерального закона «О персональных данных» гарантирует защиту информации полученной от пациента.

Данные регистры разработаны на уровне медицинской организации, однако предпринимаются попытки ведения регистров на региональном уровне, что поможет оценить эффективность лечения, введение новых методов лечения и медико-социальной реабилитации.

Заключение. Предлагается создание и ведение обязательного регистра наркозависимых, совершивших противоправные деяния.

Это дает возможность быстрого подробного анализа и обмена информацией между несколькими службами (медицинскими организациями, Госнаркоконтролем, МВД), при условии, что различные службы получают обновления базы данных; создание архивов для хранения данных о пациентах, оказываемых услуг и ведение случаев. Внедрение регистра наркозависимых лиц, с индивидуальной программой лечения, медико-социальной реабилитации и профилактики, позволяет определить оценку результатов помощи наркозависимым лицам и анализ реальной клинической практики.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Каменская Н.А. Учебно-методическая и научно-практическая деятельность кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова по реализации современных требований к правовой подготовке медицинских работников России // Медицинское право. 2013. №4 (50). С. 3-14.*
2. *Gliklich R.E., Dreyer N.A., eds. Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide. (Prepared by Outcome DEcIDE Center [Outcome Sciences, Inc. dba Outcome] under Contract No. HHSA29020050035ITO1.) AHRQ Publication No. 07-EHC001-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007. C. 24-39.*
3. *Utilizing Patient Registries to Support Health Economics Research: Integrating Observational Data with Economic Analyses, Models, and Other Applications Les Noe RPh, Leanne Larson MPh, and Jeffrey Trotter MBA, Ovation Research Group, Highland Park, IL, USA. C. 22-34.*
4. *Грачева Т.Ю. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Научно-организационное обоснование системы информационного обеспечения в негосударственных ведомственных лечебно-профилактических учреждениях // ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». Москва, 2006. С. 36-42.*

Об авторе:

Москвина Яна Владимировна – врач психиатр-нарколог, Государственное казенное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово, e-mail: medpravo2@bk.ru

Moskvina Yana Vladimirovna – doctor psychiatric-narcologist Kemerovo regional clinical psychiatric hospital, Kemerovo

© Москвина Я.В., 2017

Островская А.П., Петрова Л.А.

ПРОБЛЕМЫ РЕГЛАМЕНТАЦИИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В статье затронуты вопросы оптимизации и стандартизации лечебного процесса для врачей-косметологов, а также законодательная база области косметологии.

Ключевые слова: *оценка и контроль, качество медицинской услуги, косметология.*

Anna P. Ostrovskaya, Larisa A. Petrova

THE LACK OF REGULATION OF COSMETIC CARE

The article touches upon the issues of optimization and standardization of the treatment process for cosmetologists, as well as the legislative framework the field of cosmetology.

Key words: *assessing and monitoring the quality of medical services in cosmetology.*

Косметология обеспечивает надлежащее оказание медицинской помощи в области эстетических проблем и регулируется следующими нормативно-правовыми актами.

Специальность «врач-косметолог» была введена 23.04.2009 года приказом Минздравсоцразвития РФ №210н (ред.от 09.02.2011г) «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации». Приказом Минздрава РФ от 08.10.2015г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», с изменениями, внесенными приказом МЗ РФ от 15.06.2017г №328н и введенными в действие, уточнены квалификационные требования к специалистам врачам-косметологам: наличие высшего образования по одной из специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия», подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности «Дерматовенерология»,профессиональная переподготовка по специальности «Косметология». Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течении всей трудовой деятельности [2, 3].

10.02.2016 г. Приказом Минздрава России №83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием» уточнены квалификационные требования к среднему медицинскому персоналу в косметологии: наличие среднего профессионального образования по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело», профессиональная переподготовка по специальности «Сестринское дело в косметологии». Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течении всей трудовой деятельности [1].

Во исполнение приказа МЗиСР РФ от 23.04.2012 №390 н «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», приказа МЗ РФ от 20.12.2012 №1177н «Об утверждении прядка 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 [1].

Врач–косметолог на первичном приеме берет информированное добровольное согласие пациента на все назначаемые процедуры, а также информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, в соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» [4, с. 140-144].

В соответствии со статьей 37 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская помощь – это комплекс мероприятий, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Врачи-косметологи оказывают медицинские услуги, что требует соблюдения требований, установленных для медицинской деятельности.

Медицинская деятельность в области косметологии подлежит лицензированию, с указанием в приложении перечня оказываемых услуг, в соответствии с ФЗ от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицен-

зировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлением правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказом МЗ и СР РФ от 18.04.2012 №381н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология». Соблюдение Порядка оказания медицинской помощи является лицензионным требованием [3].

Согласно законодательству РФ, прейскурант косметологических услуг должен соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом МЗ и СР РФ от 27.12.2011 №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с изм. на 24.08.2017). Нормативные документы, регламентирующие номенклатуру медицинских услуг, не содержат всего перечня оказываемых клиниками услуг. Услуги указанные в нормативных документах, зачастую, по наименованию не соответствуют известным на рынке косметологии услугам. Это осложняет формирование перечня услуг организации и не дает возможности пациентам ориентироваться в предоставляемых услугах.

Приказом МЗ РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и порядков по их заполнению» утверждена учетная форма №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Учетная форма №025/у обязательна для заполнения во всех медицинских организациях, в т.ч. и в организациях, оказывающих косметологические услуги с медицинской лицензией.

Врач-косметолог заполняет учетную форму №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», согласно приложению №2 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014 №834н, фиксирует в ней жалобы пациента, анамнез жизни, заболевания, объективные данные, диагноз основного заболевания (код по МКБ-10), сопутствующие заболевания (диагноз и код по МКБ-10),назначает дополнительное обследование и консультации узких специалистов, дает рекомендации по домашнему уходу, по получению услуг ,поддерживающих результат на определенный временной период, назначает время повторных приемов. Данная форма относится лишь к порядку оформления услуг взрослому населению.

При предоставлении косметологических услуг лицам, не достигшим 18-ти лет, заполняется учетная форма №112/у «История развития ребенка». В силу несоответствий по применению учетной формы №025/у в практике косметолога целесообразна разработка специальной формы медицинской карты по косметологии.

Руководителем медицинского учреждения амбулаторного приема, по профилю «Косметология» утверждается документ, регламентирующий внутренний порядок контроля качества и безопасности медицинской деятельности и оказания услуг, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», приказа МЗ РФ от 21.12.2012 №1340 «Об утверждении порядка организации проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Проблема в невозможности создания такого приказа (положения), который будет включать все рекомендованные в методических указаниях Росздравнадзора разделы: эпидемиологическая безопасность, идентификация пациентов, хирургическая безопасность, безопасность среды и другие.

Большое значение в учреждениях амбулаторного приема по профилю «Косметология» должно уделяться соблюдению санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, которые определены: СанПин 2.1.3.2630-10, утвержденным главным санитарным врачом от 18.05.2010 №58 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», постановление Главного санитарного врача от 09.12.2010 №163 «Об утверждении СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», СанПин 3.1.5.2826-1 «Профилактика ВИЧ-инфекции» [1, с. 605-610].

Несмотря на имеющуюся законодательную базу в сфере оказания косметологических услуг, на сегодняшний день нерешенными вопросами остаются: объективизация показаний к конкретным видам косметологических услуг, оценка их эффективности, стандартизация оказания косметологических услуг, контроль качества исполнения услуг.

Вопрос добровольного информирования пациента обо всех возможных негативных последствиях и осложнениях в ходе косметологических вмешательств. индивидуально разрешается косметологическими клиниками. Форма и порядок получения согласия четко не установлены законом.

Также следует отметить отсутствие нормативных актов определяющих единую форму договора на оказание медицинских услуг, сложность в составлении прейскуранта косметологических услуг, который должен соответствовать номенклатуре медицинских услуг утвержденных Приказом МЗ и СР РФ от 27.12.2011г №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», из-за ограниченного перечня косметологических услуг, указных в приказе.

Выводы: С момента утверждения 23.04.2009 года приказа Минздравсоцразвития РФ №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации», прошло восемь лет. За это время разработана большая законодательная база регулирующая оказание косметологических услуг. Однако, остаются нерешенными вопросы по форме договоров на оказание медицинских услуг, заключаемых между косметологической организацией и потребителем, четко не установлены законом форма и порядок получения информированного добровольного согласия пациента на косметологическую услугу, нет стандартов оказания косметологических услуг, что затрудняет проведение оценки и контроля качества оказания косметологических услуг. Сохраняется сложность в составлении прейскуранта косметологических услуг, который должен соответствовать Номенклатуре медицинских услуг, утвержденных Приказом МЗ и СР РФ от 27.12.2011 №1664н «Об утверждении

номенклатуры медицинских услуг», из-за ограниченного перечня косметологических услуг, указанных в приказе, в отличие от всего перечня оказываемых медицинских услуг.

В силу несоответствий по применению учетной формы №025/у «Медицинская карта пациента…» в практике косметолога, целесообразна разработка специальной формы медицинской карты по косметологии.

Список литературы:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение (учебник для последипломного обучения) / Под ред. Царик Г.Н. // Кемерово: Практика, 2012. 911 с.*
2. *Самусь И.В., Сорокина В.А., Грачева Т.Ю. Управление медицинской организацией с использованием оптимизации организационно-методического обеспечения // Медицинское право. 2014. №4. С. 24-28.*
3. *Каминская О.Н., Самусь И.В., Грачева Т.Ю. Частная система здравоохранения: правовые аспекты лицензирования // Медицинское право. 2014. №3. С. 51-55.*
4. *Правоведение. Медицинское право / Под ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д. Сергеева // М.: «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. 552 с.*

Об авторе:

Островская Анна Петровна – заместитель главного врача косметологической клиники ООО «Золотая линия», Кемерово, e-mail: ostrovskaya-anna@mail.ru

Петрова Лариса Анатольевна – главный врач косметологической клиники ООО «Золотая линия», Кемерово, e-mail: Gold_line2010@mail.ru

Ostrovskaya Anna Petrovna – deputy chief physician, skin care clinics, LLC «Gold line», Kemerovo

Petrova Larisa Anatolyevna – head doctor skin care clinics, LLC «Gold line», Kemerovo

© Островская А.П., Петрова Л.А., 2017

Островская А.П., Петрова Л.А.

ПРОБЛЕМЫ В РЕГЛАМЕНТАЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОСМЕТОЛОГОВ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В статье затронуты вопросы оптимизации и стандартизации лечебного процесса для врачей-косметологов, а также законодательная база области косметологии.

Ключевые слова: *оценка и контроль, качество медицинской услуги, косметология.*

Anna P. Ostrovskaya, Larisa A. Petrova

THE COMPLEXITY IN THE REGULATION OF THE DOCTOR-COSMETOLOGIST

The article touches upon the questions of optimization and standardization of the medical process for cosmetologists, as well as the legislative base of the field of cosmetology.

Key words: *assessment and quality control of medical services in cosmetology.*

В настоящее время в работе врачей косметологов часты обращения потребителей, недовольных качеством предоставления косметологических услуг [1, 2]. Разрешение таких претензий чревато для частных медицинских организаций финансовыми убытками и потерями деловой репутации [3]. Представляется актуальным изучить имеющуюся нормативно-правовую базу, чтобы разобраться, имеются ли законные возможности установления качества медицинской услуги, исходя из правовых реалий.

Согласно ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ФЗ от 04.0.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «Об утверждении положения «О лицензировании медицинской деятельности», оказание медицинской помощи должно соответствовать определенному Порядку. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Косметология» утвержден приказом МЗиСР РФ от 18.04.2012 №381н [4, с. 119-129]. Порядок регулирует работу государственных, муниципальных, частных медицинских учреждений, в том числе врача-косметолога.

На должность врача-косметолога принимается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом МЗиСР РФ от 07.07.2009 №415н по специальности «Косметология». Приказом МЗ РФ от 08.10.2015 №707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским, фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», квалификационные требования уточнены.

Врач-косметолог должен иметь высшее профессиональное образование по одной из специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия», послевузовское профессиональное образование (ординатура) по специальности «Косметология» или профессиональная переподготовка по специальности «Косметология», при наличии послевузовского профессионального образования по специальности «Дерматовенерология», сертификат специалиста по специальности «Косметология», без предъявления требований к стажу работы.

Врач-косметолог проходит профессиональную переподготовку по специальности «Косметология» не реже одного раза в 5 лет, повышает свою профессиональную квалификацию на циклах тематического усовершенствования, семинарах, школах, проходит специальное обучение тем услугам, методикам, которые планируется внедрить в клинике.

Основные требования к врачу-косметологу являются оказание высококвалифицированной косметологической помощи и косметических услуг пациентам на основе теоретических знаний, практических навыков и профессионального мастерства, при этом аттестация врачей косметологов не предусмотрена законом. В таких случаях желательна аккредитация деятельности врача-косметолога, как принято в мировой практике. Отсутствуют разработанные и утвержденные стандарты оказания косметологических услуг, что затрудняет проведение оценки качества оказания косметологических услуг. Отсутствуют, утвержденные законодательно, критерии качества оказания косметологической помощи.

Врач-косметолог выполняет перечень работ и услуг для лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий по коррекции и устранению эстетических дефектов кожи и ее придатков, подкожно-жировой клетчатки и поверхностных мышц. Ведет медицинскую, учетную и отчетную документацию в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». Врач-косметолог заполняет учетную форму №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», согласно приложению №2 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014 №834н, фиксирует в ней жалобы пациента, анамнез жизни, заболевания, объективные данные, диагноз основного заболевания (код по МКБ-10), сопутствующие заболевания (диагноз и код по МКБ-10), назначает дополнительное обследование и консультации узких специалистов по показаниям, составляет план лечебных мероприятий (перечень услуг по времени исполнения или необходимость определенного курса, планирует результат и время его достижения, дает рекомендации по домашнему уходу, рекомендации по получению услуг, поддерживающих результат на определенный временной период и назначает время повторных приемов, а проведение экспертизы временной нетрудоспособности врачом-косметологом, затруднительно, так как не разработаны критерии и сроки [3, 175].

Внутренний контроль качества исполнения услуг, их эффективности и безопасности медицинской деятельности каждого врача-косметолога в соответствии с приказом Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», включает в себя только критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки 3.12 – Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ – 10: L02.0; L03.2), все остальные нозологии отсутствуют. Законодательная база по контролю качества оказания косметологической помощи требует доработки.

Во исполнение приказа МЗиСР РФ от 23.04.2012 №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», приказа МЗ РФ 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», врач-косметолог на первичном приеме берет информированное добровольное согласие пациента на все назначаемые процедуры, а также информированное добровольное согласие на обработку персональных данных в соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» [4, с. 150-152]. Однако, форма и порядок получения согласия четко не установлен Законом, одни косметологические клиники используют согласия, где осложнения перечисляются, другие, предупреждают о возможности осложнений, не называя их конкретно.

В своей деятельности врач-косметолог обязан соблюдать принципы врачебной этики, психологии профессионального общения, особое внимание уделять сохранению конфиденциальной медицинской информации о пациентах, медицинская тайна которых должна быть бессрочной. Организует и контролирует работу среднего медицинского персонала. В своей работе применяет новейшие технологии, передовые методики, для продвижения косметологических услуг и сохранения конкурентоспособности услуг и клиники. Обязан сохранять коммерческую тайну клиники. Обязан соблюдать санитарно-эпидемиологический режим в клинике, санитарные нормы и правила в соответствии с СанПин. В конфликтных ситуациях юридическую ответственность делят работодатель (медицинская организация) и сотрудник (врач-косметолог) в порядке удовлетворения регрессных требований. Врач-косметолог несет дисциплинарную и уголовную ответственность за ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей и нарушение законодательства РФ.

таким образом, несмотря на значительную законодательную базу, регулирующую деятельность врача косметолога, многие вопросы остаются не урегулированными: отсутствует аттестация и аккредитация врачей косметологов, не разработаны и не утверждены законодательно стандарты оказания косметологических услуг, затруднен контроль качества оказания косметологических услуг, отсутствуют критерии и сроки определения временной нетрудоспособности при оказании косметологической помощи, нет утвержденных законодательно формы информированного добровольного согласия на оказание косметологических услуг.

Список литературы:

1. *Каминская О.Н., Грачева Т.Ю., Самусь И.В. Анализ претензий и жалоб в частном здравоохранении // Забайкальский медицинский вестник. 2014. №1. С. 4-8.*
2. *Самусь И.В., Каминская О.Н., Грачева Т.Ю. Управление качеством медицинской помощи путем оптимизации документооборота // Медицинское право. 2014. №3. С. 17-20.*
3. *Общественное здоровье и здравоохранение (учебник для последипломного обучения) / Под ред. Царик Г.Н. // Кемерово: Практика, 2012. 911 с.*
4. *Правоведение. Медицинское право /Под ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д. Сергеева // М.: «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. 552 с.*

Об авторах:

Островская Анна Петровна – заместитель главного врача косметологической клиники ООО «Золотая линия», Кемерово, e-mail: ostrovskaya-anna@mail.ru

Петрова Лариса Анатольевна – главный врач косметологической клиники ООО «Золотая линия», Кемерово, e-mail: Gold_line2010@mail.ru

Ostrovskaya Anna Petrovna – deputy chief physician, skin care clinics, LLC «Gold line», Kemerovo

Petrova Larisa Anatolyevna – head doctor skin care clinics, LLC «Gold line», Kemerovo

© Островская А.П., Петрова Л.А., 2017

Павлова Ю.В.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ: АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

В статье рассматриваются проблемы, связанные с реализацией прав граждан при получении медицинской помощи онкологического профиля. Систематизировано законодательство, гарантирующее получение лекарственного обеспечения пациентами, больными онкологическими заболеваниями. Проанализирована правоприменительная практика по искам о взыскании стоимости лекарственного препарата, приобретенного за счет собственных средств онкобольными.

Ключевые слова: *медицинская помощь онкологического профиля, больные онкологическими заболеваниями, лекарственное обеспечение, качество медицинской помощи.*

Julia V. Pavlova

LEGAL PROBLEMS OF MEDICINAL SUPPORT WITH PROVISION OF MEDICAL CARE TO THE ONCOLOGICAL PATIENTS: ANALYSIS OF PRACTICAL PRACTICE

The article deals with the problems connected with the realization of the rights of citizens in obtaining medical assistance of the oncological profile. The legislation ensuring the receipt of medicinal provision by patients with oncological diseases is systematized. The law-enforcement practice on claims for recovery of the cost of a medicinal product purchased at the expense of own funds due to non-provision with medicines has been analyzed.

Key words: *medical aid of oncological profile, patients, oncological diseases, drug supply, quality of medical care.*

В современных условиях лекарственное обеспечение – одна из ключевых проблем современного здравоохранения и один из индикаторов доступности и качества медицинской помощи, приобретающая особенное значение в отношении отдельных групп населения (Вич-инфицированных, лиц, *страдающих редкими (орфанными) заболеваниями), больных онкологическими заболеваниями).*

Онкозаболевания занимают 2 место в списке основных причин смертности населения в России, а распространенность и заболеваемость новообразованиями растут по всему миру, к тому же имеется неблагоприятная тенденция омоложения многих

форм патологии. Вместе с тем, проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что лишь 15% пациентов обеспечены необходимыми лекарствами в полном объеме [10], что создает предпосылки для обращения пациента (или его законного представителя) в суд с исками о взыскании стоимости лекарственного препарата, приобретенного за счет собственных средств по причине не обеспечения лекарственными препаратами.

Необходимо отметить, что нормативные правовые акты как федерального, так и регионального уровня детально регламентируют особенности реализации прав отдельных групп населения, в том числе больных с онкологическими заболеваниями. В частности, базовыми Федеральными законами закреплены правовые и организационные основы оказания медицинской помощи данным категориям граждан:

- ФЗ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1];
- ФЗ от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [2];
- ФЗ от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» [3].

В соответствии с ч. 2 ст. 80 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень *жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов* для медицинского применения (ЖНВЛП). Таким образом, государственной гарантией бесплатного лекарственного обеспечения при получении медицинской помощи, в том числе онкологического профиля, являются лекарственные препараты, входящие в перечень ЖНВЛП. Перечень ЖНВЛП ежегодно утверждается Правительством РФ и с 1 января 2018 г. вступит в силу Распоряжение Правительства РФ от 23 октября 2017 г. №2323-р [5], которым будут утверждены:

- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год;

- перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;
- перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей;
- минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

По сравнению с перечнем ЖНВЛП на 2017 г. новый перечень дополнен 60 лекарственными препаратами и 8 новыми лекарственными формами. Также утвержден новый перечень лекарственных препаратов для обеспечения льготных категорий граждан. Он дополнен 25 лекарственными препаратами и 2 новыми лекарственными формами. Утвержден и новый список дорогостоящих лекарств по программе «*7 нозологий*». Он пополнился 3 препаратами. Обновлен минимальный ассортимент лекарственных препаратов, который должны обеспечивать аптеки. В него дополнительно включено 3 препарата.

Как было отмечено ранее, гарантии лекарственного обеспечения установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов») [4], на основе которой формируются территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (например: *Постановление Правительства Москвы от 23 декабря 2016 г. №935-ПП* «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов») [8].

При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

- назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;
- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП, – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям.

Учитывая, что в сложившихся экономических условиях обеспечение лекарственными средствами не улучшается, Правительство РФ утвердило дополнительный перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно либо с 50%-ной скидкой (Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения») [7].

В соответствии с данным документом, при амбулаторном лечении больным онкологическими заболеваниями все лекарственные препараты предоставляются по рецептам врачей бесплатно на основании действующих стандартов оказания медицинской помощи.

В связи с имеющимися полномочиями субъектов РФ, немаловажную роль в вопросах обеспечения необходимыми лекарственными препаратами играет региональное законодательство. В настоящее время в отдельных субъектах РФ приняты и действуют законы и иные нормативные правовые акты, предметом

действия которых являются вопросы дополнительного лекарственного обеспечения населения.

Таким образом, действующим законодательством предусмотрены все правовые механизмы, определяющие возможность получения необходимых лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи онкологического профиля, в том числе и тех, которые не входят в перечень ЖНВЛП или в соответствующий стандарт лечения.

Так, в соответствии с п. 5 ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Полномочия врачебной комиссии по принятию решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям), не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи закреплены и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» [6].

Данным документом также определены требования к составу врачебной комиссии и к порядку составления протокола. При этом уклонение медицинских организаций от решения вопроса о назначении и обеспечении пациентов требуемым лекарственным препаратом является обстоятельством, вынуждающих последних обращаться за защитой нарушенных прав в суд:

Определение Верховного Суда РФ от 17.06.2015 №9-КГ15-8

Пациентка обратилась в суд с заявлением о признании незаконным бездействия Министерства здравоохранения Нижегородской области (необеспечение лекарственным препаратом Нилотиниб (Тасигна), с требованием возложить на Министерство обязанность обеспечить лечение указанным препаратом за счет

средств бюджета области длительно, постоянно, до отмены препарата лечащим врачом.

В качестве лечебной терапии ей был назначен препарат Иматиниб (Гливек). Однако терапия Иматинибом повышенными дозами вызывает побочные эффекты в виде гематологической токсичности 3-й степени, не позволяющей продолжить терапию высокими дозами.

По рекомендации Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии медико-биологического агентства, а также по аналогичному заключению специалистов гематологов ГУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им Н.А. Семашко» пациентка нуждается в терапии Нилотинибом (Тасигна) постоянно. Однако Министерство здравоохранения отказало в обеспечении вышеуказанным препаратом, обосновывая свой отказ тем, что действующее законодательство не предусматривает возможность бесплатного обеспечения указанным лекарственным препаратом в рамках первичной медико-санитарной помощи, указанный лекарственный препарат отсутствует в перечне централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных препаратов, в стандарте медицинской помощи, а также в перечне лекарственных препаратов по федеральной и региональной льготе.

Отказывая истице в удовлетворении заявления о признании незаконным бездействия Министерства здравоохранения Нижегородской области по обеспечению ее необходимыми лекарственными препаратами, судебные инстанции исходили из того, что препарат Нилотиниб не включен в утвержденный стандарт лечения заболевания, лечащим врачом не назначался, вопрос о назначении данного препарата врачебной комиссией не принимался, то есть установленный законом порядок обеспечения лекарственными средствами соблюден не был.

Однако Верховный Суд РФ С такими выводами судебных инстанций не согласился по следующим основаниям. Как усматривается из материалов дела, пациентка обратилась к Главному врачу ГБУЗ НО «Сеченовская ЦРБ» с заявлением, в котором просила создать врачебную комиссию по решению вопроса об обеспечении ее лекарственным препаратом Нилотиниб (Тасигна) и выписки на данный препарат рецепта, но данное заявление осталось без удовлетворения.

При таких обстоятельствах Судебная коллегия приходит к выводу о том, что истицей были предприняты необходимые меры к соблюдению установленного законом порядка назначения ей жизненно важного лекарственного препарата Нилотиниб и обеспечения данным препаратом, однако Министерство здравоохранения Нижегородской области и медицинское учреждение уклонились от действий по решению вопроса о назначении и обеспечении заявителя требуемым лекарственным препаратом.

Необходимо отметить, что нормативными актами субъектов РФ могут быть установлены особенности назначения лекарственных средств, не входящих в стандарт лечения, определяющие алгоритм действий руководителя медицинской организации и соответствующих органов исполнительной власти. Так, в г. Москве действуют следующие нормативные акты:

- Распоряжение Департамента здравоохранения г. Москвы от 31 декабря 2015 г. №1452-р «Об утверждении порядка индивидуального обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными препаратами при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям): не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям, а также изделиями медицинского назначения» (Приложение – форма протокола врачебной комиссии).
- Распоряжение Департамента здравоохранения г. Москвы от 14 марта 2017 г. №233-р «О проведении заявочной кампании на закупку лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения (медицинских изделий), специализированных продуктов лечебного питания на 2018 год».
- Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 7 июня 2017 г. №410 «Об организации постоянно действующих консилиумов врачей при оказании медицинской помощи населению города Москвы».

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения г. Москвы от 31 декабря 2015 г. №1452-р руководитель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь:

- осуществляет в установленном порядке проведение врачебной комиссии медицинской организации для принятия решения о назначении лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям), не входящих в стандарты медицинской помощи;
- привлекает при необходимости клинического фармаколога, внештатных окружных и других специалистов для принятия решения на врачебной комиссии медицинской организации о назначении лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения;
- получает заключение главного внештатного специалиста онколога Департамента здравоохранения города Москвы о необходимости назначения лекарственного препарата для отдельных категорий граждан по медицинским показаниям для принятия решения врачебной комиссией медицинской организации.

Далее руководитель медицинской организации направляет в Департамент **в течение 1 рабочего дня с даты подписания решения врачебной комиссии медицинской организации копию протокола врачебной комиссии** медицинской организации с указанием наименования препарата, его дозировки, фасовки, формы выпуска (согласно Государственному реестру лекарственных средств), необходимых количеств (на месяц и на курс лечения) и организует на период проведения закупки лекарственных препаратов альтернативное лечение пациентов по медицинским показаниям.

Соответствующее подразделение Департамента **в течение 3 рабочих дней** с даты поступления документов от медицинской организации проверяют полноту представленных документов (проверяется также внесение соответствующей информации в медицинские документы пациента, в журнал врачебной комиссии медицинской организации). Далее **в течение 3 рабочих дней** формируются аналитические справки по обоснованию, начальной (максимальной) цены контракта и осуществляется процедура закупки лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения для индивидуального обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи. По результатам закупки информируют руководителя медицинской организации о поступлении лекарственного препарата, изделия медицинского назначения и организуется обеспечение пациентов по рецептам, выписанным медицинским работником, в установленном Минздравом России порядке.

Соблюдение данного алгоритма позволяет в максимально возможные короткие сроки обеспечить больного необходимым лекарственным препаратом.

В целом, анализ правоприменительной практики позволяет сделать вывод, что суды не считают достаточным основанием для отказа в лекарственном обеспечении дефицит финансирования; отсутствие лекарства в больнице, аптеке; отсутствие лекарства в стандарте, перечне, любом другом нормативном документе, а в некоторых случаях даже отсутствие регистрации лекарственного препарата на территории РФ.

Приведем несколько примеров из судебной практики, обязывающих своевременно обеспечить жизненно необходимым лекарственным препаратом пациента, больного онкологическим заболеванием.

Апелляционное определение СК по гражданским делам Верховного Суда Республики Коми от 11 июля 2016 г. по делу №33-4761/2016

Иск к Министерству здравоохранения Республики Коми о взыскании в счет возмещения стоимости лекарственного препарата « ... », приобретенного ею за счет собственных средств пациентки по причине не обеспечения указанным лекарственным препаратом

При обращении Л.В. в ГБУЗ …за консультацией врача-онколога был выписан льготный рецепт на получение лекарственного препарата. ГБУЗ в адрес Министерства здравоохранения была направлена заявка на лекарственные препараты для обеспечения льготных категорий граждан.

Ответом Минздрава было сообщено, что лекарственный препарат ... был включен в заявку ГБУЗ для обеспечения пациентов в рамках программы «Льгота-890». В связи с отсутствием предложений поставщиков электронный аукцион на поставку данного препарата был признан не состоявшимся. Заявка была направлена на повторное размещение.

Учитывая, что указанный препарат является жизненно необходимым, прием которого должен был осуществляться по определенному установленному графику, Л.В. приобрела лекарственный препарат за собственные денежные средства.

Решение суда:

Министерство здравоохранения Республики Коми является органом исполнительной власти, осуществляющим проведение торгов по закупке лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготных категорий граждан. Тем самым, обеспечивает их наличие в аптечных учреждениях, осуществляющих льготный отпуск лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Суд пришел к обоснованному выводу об удовлетворении требований истца, поскольку Л.В. не была своевременно обеспечена жизненно необходимым лекарственным препаратом по вине Министерства здравоохранения Республики Коми, что привело к нарушению прав онкологически больного гражданина на получение лекарств, необходимых для поддержания жизни и здоровья.

Апелляционное определение СК по гражданским делам Приморского краевого суда от 02 мая 2017 г. по делу №33-4383/2017

Иск к департаменту здравоохранения Приморского края о взыскании стоимости приобретенного лекарственного препарата

В.А. обратился в суд с иском к департаменту здравоохранения Приморского края, указав, что является инвалидом второй группы, имеет право на бесплатное получение лекарственных препаратов в связи с онкологическим заболеванием ... По медицинским показаниям ему показан обязательный прием препарата курсом на 3 месяца (3 упаковки), что подтверждается решением врачебной комиссии Приморского краевого онкологического диспансера. Им была получена 1 упаковка вышеуказанного препарата. В дальнейшем по предъявлению в аптеку бесплатного рецепта на указанное лекарственное средство получен отказ в отпуске лекарства по причине отсутствия по вине ответчика, который своевременно не произвел закупку данного препарата. Он вынужден был приобрести препарат в других аптечных организациях за свой счет.

Истец просил суд взыскать с ответчика стоимость приобретенного лекарственного препарата.

Представитель департамента здравоохранения Приморского края иск не признал.

В апелляционной жалобе департамента здравоохранения Приморского края ставится вопрос об отмене решения, указывается, что департаментом был заключен государственный контракт на закупку препарата « ... «, за счет средств краевого бюджета, однако данный лекарственный препарат был поставлен ООО «Фармпрогресс» только ДД.ММ.ГГГГ. Ходатайство о привлечении ООО «Фармпрогресс» в качестве соответчика оставлено судом без удовлетворения.

Решение суда:

Препарат « ... «включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения.

Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 №890, предусматривает предоставление всех лекарственных средств больным онкологическими заболеваниями.

Материалами дела подтверждаются расходы В.А., понесенные в связи с приобретением лекарственных средств. Понесенные истцом расходы с учетом положений ст. 41 Федерального закона от 17.07.1999 №178-ФЗ, постановления Администрации Приморского края от 15.02.2007 №39-па «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Приморского края» подлежат взысканию с департамента здравоохранения Приморского края.

Апелляционное определение СК по гражданским делам Вологодского областного суда от 13 июля 2016 г. по делу №33-3890/2016

Гражданское дело по апелляционной жалобе Департамента здравоохранения Вологодской области на решение Вологодского городского суда, которым с Департамента здравоохранения Вологодской области в пользу Т. М. взысканы денежные средства в счет возмещения расходов на приобретение лекарственного препарата

Т.М года состоит на учете в бюджетном учреждении здравоохранения Вологодской области с диагнозом рак левой почки. Т.М. обратилась в суд с иском к Департаменту здравоохранения Вологодской области о взыскании расходов на приобретение лекарственного препарата, взыскании компенсации морального вреда.

Исковые требования мотивированы тем, что в связи с ... заболеванием, которое входит в перечень заболеваний, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации, ей назначен препарат «Сунитиниб», который включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Следовательно, данный препарат она имеет право получить бесплатно по рецепту, выданному лечащим врачом. Однако, обратившись за препаратом в аптечный пункт выдачи льготного лекарства, ей было отказано по причине отсутствия его в наличии в аптечном пункте и на складе.

Учитывая, что указанный лекарственный препарат является для нее жизненно важным и перерыв в его приеме недопустим, она была вынуждена его приобрести за собственные средства.

В апелляционной жалобе Департамент здравоохранения Вологодской области просит решение суда отменить, в удовлетворении исковых требований отказать. Ссылаясь на положения Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полагает, что поскольку препарат Сунитиниб назначен Т.М. для приема в амбулаторных условиях, то руководствоваться перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения в данном случае неправомерно.

Также считает, что к участию в деле необходимо было привлечь Департамент финансов Вологодской области, так как расходы, которые понесла Т.М., возмещаются за счет казны субъекта Российской Федерации. Полагает, что оформление рецепта должно производиться только после закупки лекарственного препарата. Такая заявка от медицинской организации в Департамент не поступала.

Судебная коллегия, проверив законность и обоснованность обжалуемого решения в пределах доводов, изложенных в апелляционной жалобе, приходит к следующему:

Онкологическое заболевание, имеющееся у Т.М., входит в Перечень заболеваний, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно.

На основании вышеизложенного, суд пришел к правильному выводу о том, что указанный препарат вправе получить бесплатно по рецепту, выданному лечащим врачом.

Нуждаемость истца в приеме лекарственного препарата «Сунитиниб» подтверждена материалами дела, при этом доказательств обратного ни суду первой, ни суду апелляционной инстанции не представлено. Напротив, как следует из материалов дела, данный лекарственный препарат имеет для Т.М. жизненно важное значение, неполучение которого может повлечь наступление неблагоприятных последствий для её жизни и здоровья.

Довод апелляционной жалобы ответчика относительно не привлечения к участию в деле Департамента финансов Вологодской области несостоятелен, поскольку организация обеспечения гражданина, проживающего в Вологодской области, бесплатными лекарственными препаратами, необходимыми по медицинским показаниям, действующим законодательством возложена на исполнительный орган – Департамент здравоохранения Вологодской области, с осуществлением финансирования за счет бюджета субъекта и иных источников, привлекаемых на эти цели.

При таких обстоятельствах, суд, принимая во внимание, что Т.М. своевременно не была обеспечена жизненно важным

лекарственным препаратом, поскольку Департамент здравоохранения Вологодской области не осуществил поставку лекарственного препарата ни в аптеку, ни на склад, что привело к нарушению её права на особую защиту государства, обязанностью которого является обеспечение бесплатного доступа к лечению и получению лекарственных препаратов, необходимых для поддержания или повышения уровня жизнедеятельности… [10].

Таким образом, несмотря на все усилия, которые предпринимаются государством для улучшения лекарственного обеспечения онкобольных наблюдается резкое увеличение судебных исков, предъявляемых пациентами при нарушении их прав в сфере лекарственного обеспечения.

Причины этого положения с учетом динамики увеличения онкологических больных, безусловно, заключаются в высокой стоимости лекарственных препаратов, применяемых для лечения онкологических заболеваний. В связи с этим, единственным выходом для соблюдения прав граждан при получении онкологической помощи является увеличение финансирования лекарственного обеспечения онкобольных из различных источников в рамках действующего законодательства.

Список литературы:

1. *Российская газета от 23 ноября 2011 г. №263.*
2. *Российская газета от 2 декабря 1995 г. №234.*
3. *Российская газета от 23 июля 1999 г. №142.*
4. *Собрание законодательства Российской Федерации от 2 января 2017 г. №1 (часть I) ст. 159.*
5. *Собрание законодательства Российской Федерации от 30 октября 2017 г. №44 ст. 6551.*
6. *Российская газета от 10 августа 1994 г.*
7. *Российская газета от 22 июня 2012 г. №141.*
8. *Вестник Мэра и Правительства Москвы», декабрь 2016 г., №72 (том 6).*
9. *http://internet.garant.ru*
10. *Борисов Д.А., Дронов Н.П. Соблюдение прав граждан России на получение доступной и качественной онкологической помощи // Вестник Росздравнадзора. 2013. №6. С. 12-13.*

Об авторе:

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Julia Vladimirovna Pavlova – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Павлова Ю.В., 2017

Тимофеев Ю.С., Тимофеева М.Ю.

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ

Статья посвящена анализу соотношения правовых норм, регламентирующих деятельность паллиативной помощи для онкологических больных. Некоторые итоги деятельности паллиативной помощи у детей. Обсуждается ряд организационных вопросов этой службы.

Ключевые слова: *паллиативная помощь, детская онкология, организация, доступность онкопрепаратов в России.*

Yuriy S. Timofeev, Margarita Y. Timofeeva

LEGAL ASPECTS OF RENDERING PALLIATIVE CARE TO THE CANCER PATIENTS IN RUSSIA

This article analysis the balance between the legal aspects, which regulate activities palliative care to the for cancer patients. Some results of the functioning of the children's palliative care. A number of organizational issues related to this service are discussed.

Key words: *palliative care, pediatric oncology, organization, tbe availability of incopreporated in Russia.*

Высокий процент заболевания и смертности от онкологических заболеваний в настоящее время является общемировой проблемой. Не смотря на принимаемые меры мировым сообществом, эта ситуация не только не теряет своей актуальности, но и приобретает все более угрожающие масштабы.

В настоящее время, число больных раком во всем мире превышает 32,5 млн. человек [1].

Являясь второй из основных причин смерти, онкология каждый год уносит около 9 млн. человеческих жизней. В России, ежегодно онкологические заболевания диагностируются более чем у 500 тыс. человек. Из них около 280 тыс. человек умирают от злокачественных опухолей [2].

В нашей стране, за последние 10 лет предпринят целый ряд мер, направленных на снижение смертности и повышение качества оказания помощи онкологическим больным [3].

Представители экспертного сообщества на X форуме «Движение против рака» в лице Михаила Давыдова прогнозируют дальнейшее увеличение уровня заболеваемости. Это связано с увеличением продолжительности срока жизни человека, его генетическими, экологическими и профессиональными факторами. До 2025 г. в разных странах ожидается рост онкологических заболеваний на 16-30%. Более чем с 30 странах онкология уже вышла на 1-е место, например в Японии – стране с высоким уровнем продолжительности жизни [3].

Наиболее остро, проблема доступности медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями, стоит в странах с низким и средним уровнем дохода. По данным ВОЗ около 70% случаев смерти от рака объясняется поздним обращением за медицинской помощью и недоступностью диагностики. Так в 2015г. только 35% стран с низким уровнем доходов располагали общедоступными службами по ведению патологии в государственном секторе, тогда как эта проблема решена в более чем 90% стран с высоким уровнем дохода [4].

По разным оценкам, с 2010года – доступность онкологической помощи в России остается низкой с учетом постоянного роста количества пациентов и уровня летальных исходов проблема доступности лечения выходит на первый план. По данным Минздрава, в 2016году в стационарах находилось около 1,6 млн. раковых больных, а в онкодиспансерах лечились почти 855 тыс. человек. На всей территории РФ в настоящее время действуют 98 онкодиспансеров, из них 93 имеют стационары. Но с учетом постоянного роста количества пациентов, как взрослых, так и детей, и уровня летального исхода – проблемы медикаментозного обеспечение и «паллиативной помощи» в отдельных субъектах выходят на первый план.

Впервые термин «паллиативной помощи» был включен в Index Medicus в1996году, став дополнением к «терминальной помощи» (1968) и «хоспис» (1980) и выстраивает свою деятельность на принципах, поддерживаемых ВОЗ, обеспечивая не только облегчения боли и других терзающих больного симптомов, но и формирования системы поддержки, которая помогает больным

жить активной жизнью до конца, а семьям справиться с трудностями во время болезни родственника.

В России, основные вопросы правового обеспечения «паллиативной помощи», в доступном понимании для пациентов, регулирует Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Этот документ, в ст. 32 – впервые признает «паллиативную помощь» одним из видов медицинской помощи, а в ч. 1 ст. 36 определяет «паллиативную помощь» как – комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Учитывая, что Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 15 ноября 2012 г. №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» закрепляет за данной категорией пациентов право на предоставление им данной помощи. В ч. 2 ст. 36 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» дублируя – конкретизирует оказание «паллиативной помощи» как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, закрепляя право осуществлять эту деятельность за «медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи», а последующие ст. 80 – гарантирует гражданам оказание паллиативной помощи в медицинских учреждениях в «рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», и ст. 83 регламентирует и закрепляет ее финансовое обеспечение.

Так как главной целью данной службы является – осуществление помощи по ходу развития болезни на самых ранних стадиях наряду с разными формами основного лечения, такими как химиотерапия и лучевая терапия, основной задачей которых является – продление жизни, а деятельность охватывает помощь как взрослым, так и детям, то изначально, в проекте Приказа МЗ РФ от 15.02.2012 г. «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям», учитывая специфику педиатрического профиля, отсутствовало понятие «хоспис».

Предполагалось, что более этично и результативно, оказывать помощь детям на базе дневных стационаров, специализированных кабинетов, отделениях, и в редких случаях, в центрах паллиативной помощи.

На этом этапе, основными вопросами являлись – организация, методология, и подготовка кадров. Ведь учитывая международный опыт, российская «паллиативная служба» выстраивает свою работу на 4-х основных направлениях: комплексная реабилитация; социальная; психологическая и физическая помощь. Причем объем предлагаемой помощи напрямую зависит от периода заболевания, его степени и осуществляемого вида основного лечения, но никак не от возрастной категории пациента.

При создании «педиатрической службы паллиативной помощи» и формировании стандартов ее оказания были выявлены следующие особенности:

- абсолютно разные структуры причин детской смертности и смертности взрослого населения;
- многие детские заболевания – редкие, продолжительность болезни значительно варьирует – от нескольких дней до нескольких лет;
- детям с заболеваниями, приводящим к преждевременной смерти, необходимы услуги многопрофильных и мультидисциплинарных служб в течение длительного периода времени;
- дети постоянно развиваются- физически, эмоционально, умственно, поэтому удовлетворение их медицинских и социальных потребностей, как и психологическая поддержка в вопросе понимания болезни и смерти – крайне сложная задача (очень важен вопрос получения образования, как реализации права);
- дети в конце жизни получают более агрессивное лечение по сравнению со взрослыми больными, это требует специфического подхода к купированию боли и других симптомов на протяжении всего периода лечения;
- дети воспринимают смерть совсем не так, как взрослые – это важно учитывать при разговоре, многое зависит от его способности воспринимать эту информацию;

- сложность оценки выраженности симптомов (боли), поскольку дети не всегда могут выразить свои ощущения и переживания;
- крайне высокое психологическое напряжение персонала, эмоциональное выгорание, обусловленное смертью детей, за которыми они ухаживают [5].

Учитывая сложность переходного периода, в котором находится современная система здравоохранения России, для большей защищенности всех категорий пациентов, в соответствии с ч. 2 ст. 64 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», приказом Минздрава РФ №203н утверждены и вступили в силу с 1 июля 2017 года «Критерии оценки качества медицинской помощи». В которых согласно диагнозу (с кодами по МКБ-10) пошагово расписаны стандарты на оказание специализированной медицинской помощи взрослым и детям. Действуют данные «критерии» не только в федеральных и региональных лечебных учреждениях, но и в частных, коммерческих клиниках и других организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством РФ.

К сожалению «хоспис», это не просто паллиативная помощь со специализированно оборудованным отделением, а иногда и хорошо оснащенным, уютными палатами, специализированная организация медицинской и психологической помощи, а комплексная система поддержки как пациентов, так и членов их семей.

В настоящее время, «паллиативная медицинская помощь» делится на:

- общий медицинский уход (младшая медсестра);
- специализированный медицинский уход (сестринский);
- восстановительный или реабилитационный уход;
- паллиативный уход.

В странах Европы при поддержке ВОЗ, более 20-ти лет, на основе медицинского ухода, организована и активно развивается новый вид медико-социальной помощи «интегрированная помощь», объединившая деятельность медицинских и социальных служб в уходе за тяжелобольными и престарелыми.

Так Дж. Харди с соавторами описывает интегрированную медицинскую помощь для взрослого населения, как согласованный набор товаров и услуг, предоставляемый действующими сообща местными и региональными органами здравоохранения на основе «контрактов или договорных связей между системами здравоохранения и социального обслуживания [6]. Со стороны это выглядит как бизнес-план с бонусами.

Пытаясь использовать зарубежный опыт, российский законодатель поступательно вводит фрагменты интеграционных процессов, где ведущая роль отдана организации первичной медицинской помощи, которая является организационным и координирующим звеном во взаимодействии с организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь и социальную помощь. Основным фактором этой «интегрированной системы оказания медицинской помощи» является «интегрированный метод оплаты медицинской помощи», который контролирует последовательность клинических рекомендаций и обеспечение информационного обмена между поставщиками медицинских услуг, а ключевым действующим лицом данной «системы оказания медицинской помощи» является участковый врач-терапевт (врач общей практики) (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»).

Однако регламенты на дальнейшее обеспечение координации и «непрерывного ведения пациента» в России существуют только в педиатрии.

Для взрослого, в особенности возрастного пациента, не редки случаи, когда синтез – профессиональной неподготовленности и банальной бестактности «врача общей практики», может повлечь отказ от диагностики и лечения – в результате **став приговором для пожилого человека**.

Не смотря на выявленные проблемы, мы можем с уверенностью констатировать, что в России деятельность «паллиативной помощи» не только для детей, но и для взрослого населения, в целом, осуществляется по принципу гуманности и рационализма.

Сотрудники службы оказывают больному помощь с самого начала по мере необходимости, при этом доля и значение ее возрастают с ухудшением состояния больного. Имеющийся опыт организации системы паллиативной помощи онкологическим больным независимо от возраста диктует принципиальный подход – ориентацию на характер страдания.

Учитывая, что современная модель осуществляемой «паллиативной медицинской помощи» оказывает влияние не только на объем, но и характер, поэтому – стационарный вариант помощи включает: обезболивание, психокоррекцию, применение гемокомпонентов, детоксикацию, контроль инфекций, хирургическое вмешательство, а выездная помощь на дому ограничена контролем инфекций (не в полном объеме) и обезболивание. И здесь встает проблема лекарственного обеспечения данной категории больных.

В России онкологические препараты занимают лидирующее положение по объему продаж и стоимостном выражении. Они преимущественно реализуются в рамках программы «7 нозологий», а также в государственном и льготном секторах рынка. По данным Headway, в 2016г. объем государственных закупок ЛС для лечения онкологических заболеваний превысил 7,4 млн. упаковок, что в денежном выражении составляет порядка 41,7 млрд. руб. Наибольшее количество государственных средств направлено на приобретение онкопрепаратов отечественного производства, что обеспечивает пациентов по программе федерального льготного обеспечения [7].

На основании проведенного анализа и статистических данных, выделив ряд проблем, к которым мы относим: импортозамещением онкологических препаратов, волонтерство и подбор медицинского персонала – считаем целесообразным:

1. В случае выявления профессионального соответствия и нарушения этических норм в деонтологии – медицинских работников онкологического профиля лишать лицензии.

2. Предлагаем расширить программу движения «Волонтеры медики» и:

- ввести «систему лояльности» для студентов медицинских вузов, обучающихся на платной основе, с возможностью перевода на бюджет в соответствии с общей успеваемостью и колвом отработанного времени в «хосписе».
- за волонтерскую практику в паллиативном отделении – выпускник получает статус «Целевого обучающегося», предоставляя квоту на обучение в клинической ординатуре и правом 3-х годичной отработки в данном ЛПУ. Это позволит минимизировать появление «случайных» специалистов в лечебных учреждениях «паллиативного профиля.

Список литературы:

1. *http:/www.bbc.com/russian/science /2016/02/160204gch cancer infographics; GLOBOCAN 2008 and 2012.*
2. *Резолюция 1 Всероссийского конгресса онкологических пациентов. Межрегиональная общественная организация «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!». 22 октября 2016.*
3. *X форум «Движение против рака» Москва. 02 февраля 2017.*
4. *Рак. Информационный бюллетень ВОЗ Февраль 2017. http;// www/who.int.*
5. *Симаходский А.С., Ткаченко А., Гимова И.А., Эрман Л.В. Некоторые итоги деятельности учреждения хосписного типа для детей // Научно-практический журнал Детская больница. 2014. №1 (55). С. 9-13.*
6. *Hardy,B.. Mur-Veemanu, I.,Steenbergen, M. and Wistow,G(1999) Inter-agency services in England and the Netherlands, Health Policy,48: 87-10.*
7. *Широкова И., Прожерина Ю., Бикбова М. Импортозамещение дает надежду онкологическим пациентам // Журнал о рынке лекарств и медицинской техники Ремедиум, 2017. №7. С. 25-27.*

Об авторах:

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

Тимофеева Маргарита Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: Timofeevainfo@mail.ru

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

Timofeeva Margarita Yrievna – senior lecturer Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

© Тимофеев Ю.С., Тимофеева М.Ю., 2017

Цыганова О.А.

ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАЗНАЧЕНИЯ «OFF-LABEL» ТЕРАПИИ

В статье представлена характеристика видов юридической ответственности медицинских работников и медицинской организации при назначении медикаментозной терапии вне инструкций по применению. Дан анализ рисков наступления уголовной и дисциплинарной ответственности врача, договорной или внедоговорной гражданско-правовой ответственности медицинской организации.

Ключевые слова: *лекарственная терапия, инструкция по применению, юридическая ответственность, медицинский работник, медицинская организация.*

Olga Tsyganova

LEGAL CONSEQUENCES OF THE APPOINTMENT OF «OFF-LABEL» THERAPY

The article describes the characteristics of the types of legal responsibility of medical workers and the medical organization when prescribing drug therapy outside the instructions for use. The analysis of risks of criminal and disciplinary liability of a doctor, contractual or extra-contractual civil liability of a medical organization is given.

Key words: *drug therapy outside the instructions for use, legal liability of the medical worker, medical organization.*

Врач назначил пациенту лекарственное средство (далее – ЛС), нарушив при этом инструкцию по применению. Каковы правовые последствия такого правонарушения? Для того, чтобы ответить на данный вопрос нужна дополнительная информация: Осознано ли врач нарушает предписания инструкции к данному ЛС или это связано с его некомпетентностью? Была ли у врача возможность при лечении этого конкретного пациента использовать другой препарат, не нарушая при этом требования инструкции? Информирован ли пациент или его законный представитель о том, что назначенное ему ЛС используется вне инструкции по применению? Причинен ли вред жизни и здоровью пациента и если да, то какова тяжесть этого вреда? Имеется ли причинно-следственная связь между назначением «off-label» терапии и причинением вреда жизни (здоровью) пациента? Именно от ответов на эти вопросы и будет зависеть вид, субъект и наличие ответственности.

Впервые наиболее полное определение понятия «off-label» терапии или терапии «вне инструкции» было сформулировано Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) в 1997 г., как применение лекарственных препаратов по показаниям, не утвержденных государственными регулирующими органами и/или не упомянутыми в инструкции по применению [7]. Чаще всего «off-label» терапия назначается в педиатрической, акушерской, онкологической практиках, а также пациентам с орфанными заболеваниями и при патологиях, для которых эффективная лекарственная терапия еще не разработана.

В каких случаях можно говорить о риске наступления юридической ответственности врача, назначившего терапию «вне инструкции»? Какие виды ответственности могут быть возложены на лечащего или дежурного врача? Действующим законодательством при данном правонарушении предусмотрена уголовная или дисциплинарная ответственность.

Уголовная ответственность врача вследствие причинения вреда по неосторожности наступает лишь при причинении тяжкого вреда здоровью или смерти пациента и не наступает в условиях крайней необходимости или обоснованного риска. Позволим себе напомнить, что к действиям в условиях крайней необходимости относятся действия для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости [5]. В свою очередь риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам [6]. То есть, если врач осознано назначает пациенту лекарственные средства вне инструкции из-за отсутствия препарата «согласно инструкции», имеются медицинские показания для такого назначения, которые обосновываются в медицинской документации, получает добро-

вольное информированное согласие пациента или его законного представителя, то его действия можно трактовать как действия в условиях крайней необходимости или обоснованного риска.

Таким образом, можно сформулировать условия, соблюдение которых защищает врача от наступления уголовной ответственности, подтверждая действия в условиях крайней необходимости или обоснованного риска:

- имеются медицинские показания для назначения пациенту данного ЛС (согласно фармакотерапевтической группы по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения), которые отражены в стандартах оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях или сложившейся практике лечения);
- отсутствует (среди зарегистрированных ЛС и/или в данном конкретном случае) патентованное коммерческое ЛС, в инструкции по применению которого указаны возрастная группа пациента, лекарственная форма, режим дозирования, иные необходимые параметры применения;
- в медицинских документах врач обосновал необходимость назначения данного лекарственного препарата и отсутствие возможности назначения ЛС «по инструкции»;
- пациент или его законный представитель дал согласие на «off-label» терапию.

Другим видом юридической ответственности врача при назначении терапии вне инструкций является дисциплинарная ответственность, которая наступает при несоблюдении должностных обязанностей или нарушения требований, предусмотренных Трудовым Кодексом РФ. Должностные обязанности, в свою очередь, формируются на основе профессиональных стандартов, утвержденных приказами Минтруда России. Например, согласно Профессиональному стандарту врача-педиатра участкового [3], в должностные обязанности врача-педиатра участкового входят ведение медицинской документации, получение информированного добровольного согласия пациента и/или законного представителя, обеспечение в пределах своей компетенции внутреннего

контроля качества и безопасности медицинской помощи. Таким образом, если врач не аргументировал в медицинской документации необходимость применения «off-label» терапии или не получил на нее согласие пациента или законного представителя, то по результатам внутреннего контроля качества медицинской помощи он может быть привлечен к дисциплинарной ответственности. При этом, в отличие от уголовной ответственности факт причинения вреда жизни или здоровью пациента не является необходимым условием привлечения к дисциплинарной ответственности.

Другим субъектом юридической ответственности за назначение «off-label» терапии является медицинская организация, в которой пациенту оказывалась медицинская помощь. Для медицинской организации наступает гражданско-правовая ответственность, которая может быть договорной или внедоговорной, в частности деликтной. О договорной ответственности можно говорить при оказании возмездного оказания медицинских услуг или при оказании медицинской помощи в рамках договора об оказании и оплате медицинской помощи по ОМС. В случае оказания возмездных медицинских услуг гражданско-правовая ответственность для медицинской организации насупит в случае, если перечень ЛС, дозировка, форма введения является одним из условий договора. При оказании медицинской помощи по ОМС законодательство в сфере ОМС и договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенный между страховой медицинской организацией и медицинской организацией, предусматривает перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения ее оплаты. К таким, согласно приказу Федерального фонда ОМС [4] относятся: необоснованное лечение лекарственной терапии, отсутствие в первичной медицинской документации дневниковых записей, позволяющих оценить объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи, отсутствие в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия и др. Размер санкций, применяемых к медицинской организации утвержден Приказом

Минздрава России №536н от 06.08.2015 г. «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. №158н» [2].

В случае причинения вреда жизни или здоровью гражданина при оказании медицинской помощи для медицинской организации может наступить внедоговорная, деликтная гражданско-правовая ответственность. В данном случае, действующее в нашей стране законодательство, по нашему мнению, позволит медицинской организации избежать ответственности, только в случае, если будет доказано отсутствие вины причинителя вреда. Три других условия наступления гражданско-правовой ответственности: причинение вреда жизни или здоровью пациента; противоправность (нарушение требований закона и иных нормативных правовых актов) действиями (бездействием) медицинской организации (ее персонала); наличие причинной связи между противоправным деянием и возникшим вредом – будут присутствовать при осложнениях вследствие терапии вне инструкций. Согласно ст. 401 Гражданского кодекса РФ, лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла или неосторожности). При этом лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства [1]. То есть, в случае, когда оказание медицинской помощи осуществлялось в условиях крайней необходимости или обоснованного риска, и у врачей не было возможности назначения терапии «по инструкции» медицинская организация может доказать невиновное причинение вреда. Вместе с тем, в нашей стране практически отсутствует судебная практика по данной категории дел, что относит наши рассуждения к категории теоретических построений.

Список литературы:

1. *Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ / Правовая система Консультант Плюс.*

2. *Приказ Минздрава России №536н от 06.08.2015 г. «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. №158н» / Правовая система Консультант Плюс.*
3. *Приказ Минтруда России №306н от 27.03.2017 г. «Об утверждении профессионального стандарта «врач-педиатр участковый» / Правовая система Консультант Плюс.*
4. *Приказ ФФОМС №230 от 01.12.2010 г. «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию / Правовая система «Консультант Плюс»*
5. *Уголовный кодекс Российской Федерации, ст. 39 / Правовая система Консультант Плюс.*
6. *Уголовный кодекс Российской Федерации, ст. 41 / Правовая система Консультант Плюс.*
7. *Woodcock J. Presented at Drug Information Association Annual Conference, Montreal, June 23, 1997.*

Об авторе:

Цыганова Ольга Альбертовна – профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социального здоровья ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., доцент, Архангельск, e-mail: olgatsyganova13@gmail.com

Olga Tsyganova – Professor at the Department of Public Health, Health Care and Social Work of the State Budget Educational Institution of Higher Education «Northern State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Doctor of medical science, Associate professor, Arkhangelsk

© Цыганова О.А., 2017

РАЗДЕЛ IV.

МАТЕРИАЛЫ ПРЕ-КОНГРЕССА ДЛЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

Биняковский Р.В., Мамедова Г.Ш.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ НЕПОЛНОСТЬЮ ДЕЕСПОСОБНЫХ В РФ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере защиты прав недееспособных и ограниченно дееспособных с целью изучения влияния решений Европейского суда по правам человека на него.

Ключевые слова: *недобровольная госпитализация, недееспособные, ограниченно дееспособные, Европейский суд по правам человека, КАС.*

Rostislav V. Binyakovskiy, Galina Sh. Mamedova

DEVELOPMENT OF LEGALLY INCAPABLE PEOPLE RIGHTS PROTECTION SYSTEM IN RUSSIAN FEDERATION

The article is devoted to the analysis of the legal system in the field of legally incapable and limitedly capable people rights protection with the purpose of studying the influence of decisions the European Court of Human Rights made on it.

Key words: *involuntary hospitalization; legally incapable; limitedly capable; European Court of Human Rights; Administrative Procedure Rules.*

В 1998 году РФ ратифицировала Конвенцию о защите прав человека и основных свобод (далее Конвенция), которая обязывает участников соблюдать декларированные в ней фундаментальные права и свободы человека. Согласно п. 1 ст. 46 «Высокие Договаривающиеся Стороны обязуются исполнять окончательные постановления Суда по любому делу, в котором они выступают сторонами.»

После ратификации данной Конвенции, от недееспособных и ограниченно дееспособных граждан (далее – неполностью дееспособные) и их представителей начали поступать жалобы по фактам ненадлежащего соблюдения РФ принципов, закрепленных в ней. Прежде чем рассматривать сами дела, которые повлияли на внутреннее законодательство РФ, мы рассмотрим общие принципы, которыми руководствуется ЕСПЧ при рассмотрении данной категории дел.

Пунктом 1 ст. 5 Конвенции предусмотрено, что «каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Никто не мо-

жет быть лишен свободы иначе как в случаях и в порядке, установленном законом», поэтому ЕСПЧ расценивает помещение лиц в психиатрический стационар как заключение под стражу.

Также в рекомендации Комитета Министров Совета Европы от 23 февраля 1999 года R (99) 4 сформулированы следующие принципы: принцип гибкости правового реагирования, предполагающий, обеспечение учета степени недееспособности лица в конкретной правовой ситуации для защиты его личных и имущественных интересов; принцип максимального сохранения дееспособности, означающий существования различных степеней недееспособности и возможности изменения степени недееспособности; принцип соразмерности меры защиты степени дееспособности лица, который основан на учете конкретных обстоятельств и нужд данного лица и допускает вмешательство в его права и свободы в минимальной степени, необходимой для достижения цели такого вмешательства.

Помимо указанных выше принципов, закрепленных в нормативно-правовых актах, есть принципы, которые ЕСПЧ сформулировал в своих решениях и которых он последовательно придерживается.

1. Принцип «законности»

ЕСПЧ полагает, что как само правоотношение, так и применимые к нему нормы должны соответствовать Конвенции. Так, в п. 45 Постановления по делу «Винтерверп против Нидерландов» ЕСПЧ указывает, что «формула «в порядке, предусмотренном законом», по сути, отсылает к внутреннему законодательству; говорит о необходимости соблюдения надлежащей процедуры в соответствии с этим законодательством. Однако само внутреннее законодательство должно соответствовать Конвенции, включая общие принципы, выраженные или подразумеваемые в ней. В основе обсуждаемой формулы лежат понятия справедливой и надлежащей процедуры.

2. Наличие четких оснований для принудительной госпитализации

Среди случаев, которые могут стать основанием для лишения свободы, Конвенция называет заключение под стражу душевнобольных, алкоголиков, наркоманов или бродяг (подп. «е» ч. 1 ст. 5 Конвенции).

В Постановлении по делу «Ракевич против Российской Федерации», указывая, что «для «законности» недобровольного заключения в психиатрический стационар <...> должны быть соблюдены три основных требования. Во-первых, путем объективного медицинского исследования должно быть доказано, что соответствующее лицо страдает от «действительного психического расстройства», за исключением экстренных случаев. Во-вторых, расстройство должно быть такого характера или такой степени, чтобы оправдать недобровольное заключение в психиатрический стационар. В-третьих, расстройство должно продолжаться в течение периода ограничения свободы».

В любом случае п. 1 (е) ст. 5 Конвенции не может рассматриваться как разрешение содержания под стражей лица только потому, что его взгляды или поведение не соответствуют нормам, преобладающим в данном обществе.

Выводам ЕСПЧ корреспондируют положения ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

3. Решение о правомерности недобровольной госпитализации принимается судом.

ЕСПЧ допускает факт недобровольной госпитализации только на основании судебного решения и только в порядке, установленном законом. Этот подход основан на п. 4 ст. 5 Конвенции, который гласит, что «каждый, кто лишен свободы в результате ареста или заключения под стражу, имеет право на безотлагательное рассмотрение судом правомерности его заключения под стражу и на освобождение, если его заключение под стражу признано судом незаконным».

Данный принцип закреплен в Законе о психиатрической помощи. Свое дальнейшее последовательное развитие он получил в гл. 35 ГПК и в гл. 30 КАС.

4. Обеспечение реализации прав душевнобольных в ходе судебного разбирательства по вопросу недобровольной госпитализации и лишения дееспособности.

Так, в Постановлении по делу «Загидулина против Российской Федерации» ЕСПЧ приводит положения ст. 4 Рекомендации Совета Европы №R (83) 2 относительно правовой защиты недоброволь-

но госпитализированных лиц с психическими расстройствами, согласно п. 3 ст. 4 которой, «когда решение принимается судом <...> пациент должен быть информирован о своих правах и иметь возможность быть персонально выслушанным судьей». Исключение составляют случаи, когда судья с учетом состояния здоровья пациента решает заслушать его только с помощью представительства.

Дело Штукатурова

Обстоятельства дела

3 августа 2004 г. мать заявителя обратилась в районный суд с заявлением о признании заявителя недееспособным, на основании часто возникающих приступов агрессии и антиобщественного образа жизни, при этом известно, что ранее заявитель уже находился в психиатрической больнице с диагнозом «простая шизофрения». Заявитель не был официально уведомлен о разбирательстве, начатом в его отношении.

12 октября 2004 г. суд назначил экспертизу для определения психического состояния заявителя. Экспертная комиссия заключила, что заявитель не мог понимать значение своих действий и руководить ими. 28 декабря 2004 г. дело было рассмотрено по существу в присутствии районного прокурора и представителя больницы, но без заявителя и его представителей. Заседание продолжалось 10 минут. Суд признал заявителя недееспособным, сославшись на выводы экспертов.

Поскольку решение суда не было обжаловано в течение установленного законом срока, 11 января 2005 г. оно вступило в силу. Опекуном по суду была признана мать больного, которая, по словам самого г-на Штукатурова, имела корыстный интерес (получение наследства, оставленного родственниками самому пациенту). Впоследствии пациент по просьбе своего опекуна и против своей воли был помещен в психиатрический стационар, где его лишили каких-либо возможностей осуществления контактов с внешним миром. Через родственников соседа по палате г-н Штукатуров связался с адвокатом, которому выдал доверенность на представление своих интересов в суде, в том числе прошение возможности обжаловать свое лишение дееспособности и принудительное помещение в психиатрический стационар. В дальнейшем

адвокат пациента обратился в ЕСПЧ, где 10 декабря 2005 года было возбуждено дело против РФ.

Нарушение процедуры по признанию лица недееспособным и сопряженные с этим последствия

1) Заявитель жаловался, что был признан недееспособным в результате разбирательства, которое не являлось «справедливым» в значении ст. 6 Конвенции.

Здесь суд нарушил принцип обеспечения реализации прав душевнобольных в ходе судебного разбирательства по вопросу недобровольной госпитализации и лишения дееспособности, рассмотренный выше. В суде не было не лица, в отношении которого выносится решение ни его представителя.

ЕСПЧ приходит к выводу, что с разбирательство в районном суде не было справедливым.

2) Заявитель жаловался, что, признав его недееспособным, власти нарушили ст. 8 Конвенции. Указанная статья предусматривает:

1. Каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, его жилища и его корреспонденции.

2. Не допускается вмешательство со стороны публичных властей в осуществление этого права, за исключением случаев, когда такое вмешательство предусмотрено законом и необходимо <...> для охраны здоровья или нравственности, или защиты прав и свобод других лиц»

ЕСПЧ отмечает, что вмешательство в личную жизнь заявителя носило крайне серьезный характер. Заявитель был признан недееспособным, что означало полную зависимость от официального опекуна, который возражал против любых попыток её отмены. С нашей точки зрения, данная мера также противоречит принципу соразмерности меры защиты степени дееспособности лица, рассмотренному ранее.

Было установлено, что разбирательство в районном суде сопровождалось процессуальными нарушениями и в дальнейшем заявитель не мог обжаловать решение суда от 28 декабря 2004 г., поскольку исковое заявление, поданное неполностью дееспособным, возвращается без рассмотрения согласно ч.3 ст. 135 ГПК.

ЕСПЧ отмечает, что в заключении медицинских экспертов не пояснялось, значение какого рода действий заявитель не мог понимать, и какими действиями он не мог руководить. Степень тяжести заболевания неясна, как и его возможные последствия для социальной жизни, здоровья, имущественных и иных интересов заявителя. Следовательно, заключение от 12 ноября 2004 г. не отражало с достаточной подробностью степень выраженности психического расстройства заявителя.

В итоге, ЕСПЧ заключает, что вмешательство в личную жизнь заявителя было несоразмерно преследуемой законной цели.

Недобровольная госпитализация

В соответствии с п. 1 ст. 5 Конвенции заявитель жаловался, что его помещение в психиатрическую больницу было незаконным.

Он утверждал, что его госпитализация была равносильна лишению свободы. Так, он был помещен в закрытое учреждение. После попытки бегства, был привязан к кровати ограничен в контактах с внешним миром. Также заявитель утверждал, что власти не оценивали способность заявителя принимать самостоятельное решение определенного рода на момент госпитализации. Они исходили из того, что заявитель был признан недееспособным, несмотря на то, сколько времени могло пройти с момента принятия судом решения относительно его состояния в целом. Более того, российское законодательство не отражало в достаточной степени тот факт, что состояние лица могло изменяться с течением времени. Отсутствовали обязательные периодические освидетельствования, а также возможность лица, у которого имелся опекун, требовать такого освидетельствования.

ЕСПЧ признает, что содержание заявителя под стражей было «законным», если узко толковать этот термин как формальное соответствие содержания под стражей процессуальным и материальным нормам российского права.

ЕСПЧ отмечает, что лишение г-на Штукатурова свободы являлось произвольным, поскольку достоверно не доказано, что он был душевнобольным на момент заключения. Представляется, что решение о госпитализации было основано исключительно на правовом статусе заявителя, установленном 10 месяцев назад судом, то есть достоверно не доказано, что состояние психики заявителя требовало его заключения, что противоречит принципам о необходимости наличия четких оснований для принудительной госпитализации.

ЕСПЧ сделал вывод, что госпитализация заявителя с 4 ноября 2005 г. по 16 мая 2006 г. не была «законной» в значении пп. «е» п. 1 ст. 5 Конвенции.

Дело Загидулиной

Обстоятельства дела

Заявительница 1935 года рождения, с 1987 года страдала психическим заболеванием и проходила амбулаторное лечение в психиатрической больнице №5 Москвы, однако не была госпитализирована.

В 2005 году дочь заявительницы, также имеющая психическое расстройство, проходила стационарное лечение в психиатрической больнице (далее – ПБ). В апреле-мае 2005 года заявительница подавала жалобы на предположительно неправильное лечение ее дочери. 13 мая 2005 г. заявительница потребовала выписки своей дочери из больницы. Дежурный психиатр отметила, что заявительница проявляла беспокойство и бредила, и направила ее к главному психиатру больницы. У заявительницы обнаружили симптомы психического расстройства, и было рекомендовано ее госпитализировать. Заявительница не дала согласия на госпитализацию, однако была госпитализирована в ПБ.

14 мая 2005 г. врачебно-консультативная комиссия диагностировала у заявительницы параноидную шизофрению, рекомендовала принудительное стационарное психиатрическое лечение, объяснив, что непредсказуемость ее действий представляет угрозу для нее самой и других. В тот же день ПБ обратилась за судебной санкцией на недобровольную госпитализацию.

16 мая 2005 г. районный суд провел заседание с участием прокурора, лечащего психиатра заявительницы и представителя ПБ. Лечащий психиатр и представитель ПБ просили районный суд провести заседание в отсутствие заявительницы, поскольку она не могла в нем участвовать по медицинским причинам, просьба была удовлетворена. Районный суд дал согласие на недоброволь-

ную госпитализацию заявительницы. Заявительница не была уведомлена об этом решении.

После выписки заявительница узнала, что ее госпитализация была санкционирована судом, и обжаловала решение в кассационном порядке, утверждая, что районный суд рассмотрел заявление о в ее отсутствие и не учел того факта, что она не представляет никакой опасности и поэтому не нуждается в стационарном лечении. 18 августа 2005 г. Московский городской суд рассмотрел и отклонил жалобу. Заявительница подала надзорную жалобу.

Президиум Московского городского суда отменил решения от 16 мая и указал, что в материалах дела нет доказательств неспособности пациентки участвовать в разбирательстве, кроме объяснения врача, также не были выполнены условия для принудительной госпитализации т.к. не было разъяснено в чем заключается угроза для себя или окружающих. Таким образом, суд первой инстанции необоснованно лишил Загидулину ее прав, гарантированных Законом о психиатрической помощи. Дело было возвращено в суд первой инстанции.

30 мая 2006 г. районный суд провел новое слушание по данному делу. Представитель больницы ходатайствовал о прекращении разбирательства, поскольку заявительница уже выписана из больницы и вопрос утратил значение. Суд удовлетворил ходатайство и прекратил производство по делу.

Заявительница подала жалобу в порядке конституционного судопроизводства по поводу положений законодательства, на которые ссылались ПБ и суды страны в период ее госпитализации. Она утверждала, что эти положения допускают произвольное удержание граждан в психиатрическом стационаре и не предусматривают независимой проверки медицинских данных. 3 ноября 2009 г. КС РФ отклонил жалобу.

Недобровольная госпитализация

Заявительница жаловалась на то, что ее недобровольная госпитализация в психиатрическую больницу нарушила п. 1 (е) ст. 5 Конвенции.

Прежде всего ЕСПЧ рассмотрит вопрос о том, был ли обеспечен «справедливый и надлежащий порядок». Заявление о

недобровольной госпитализации в соответствии со ст. 29 Закона о психиатрической помощи было подано в тот же день в компетентный суд страны. Соответственно, национальные органы полностью исполнили материально-правовые требования и сроки, предусмотренные законодательством.

Суд не усматривает необходимости в исследовании того, была ли госпитализация заявительницы санкционирована должным образом. ЕСПЧ подчеркивает, что вопреки стандарту, установленному п. 1 ст. 5 Конвенции, и ясным положениям национального законодательства, обязывающим государство обеспечить некую форму представительства заявительницы ввиду ее отсутствия в заседании, суд первой инстанции санкционировал ее госпитализацию, не заслушав заявительницу или любое иное лицо, выражавшее ее позицию.

Заявительница являлась заинтересованным лицом и в то же время основным объектом судебного исследования. Таким образом, выступление заявительницы лично или за счет некой формы представительства было необходимо в интересах «справедливого и надлежащего порядка.

Кроме того, ЕСПЧ полагает, что прекращение производства по делу 30 мая 2006 г. районным судом Москвы по ходатайству представителя больницы лишило заявительницу возможности проверки законности ее содержания под стражей.

Принимая во внимание вышеизложенные выводы, ЕСПЧ заключает, что компетентные национальные органы не исполнили процессуальное требование, необходимое для недобровольной госпитализации заявительницы, поскольку не обеспечили исключение произвола разбирательства. Соответственно, ее содержание под стражей в ПБ с 13 мая по 17 июня 2005 г. было незаконным в значении п. 1 (е) ст. 5 Конвенции.

Современное положение законодательства

В 2015 году был принят новый процессуальный нормативно-правовой акт, «Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации» от 08.03.2015 №21-ФЗ (ред. от 29.07.2017), который в т.ч. рассматривает процессуальные вопросы принудительной госпитализации лица в стационар. Данный кодекс суще-

ственно улучшил положение не полностью дееспособных и приблизил наша законодательство к мировым стандартам.

Согласно ч. 1 и 2 ст. 275 КАС и ч. 1 ст. 276 административное исковое заявление о госпитализации гражданина в недобровольном порядке, подается представителем медицинской организации, в которую помещен гражданин, в течение 48 ч с момента госпитализации в суд по месту нахождения такой организации. К такому исковому заявлению согласно ч. 4 той же статьи должно быть приложено:

- заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости пребывания гражданина в психиатрический стационар;
- документы, на основании которых составлено заключение комиссии врачей-психиатров о помещении гражданина в психиатрический стационар, а также документы, свидетельствующие об отказе гражданина от госпитализации.
- мотивированное и надлежащим образом оформленное заключение комиссии врачей-психиатров о том, позволяет ли гражданину его психическое состояние лично участвовать в судебном заседании, в том числе в помещении суда.

При поступлении иска судья, согласно ч.3 ст. 276 незамедлительно выносит определение о принятии дела к производству и о продлении пребывания гражданина в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, на срок, необходимый для рассмотрения административного иска, также стоит отметить, что на медицинскую организацию возлагается обязанность обеспечить участие гражданина, к которому применяется принудительная госпитализация, в судебном заседании, если это позволяет его психическое состояние.

Касательно сроков рассмотрения и состава участников, законодатель в ст. 277 указал следующие требования: срок рассмотрения дела составляет 5 дней со дня принятия искового заявления, дело может быть рассмотрено в закрытом судебном заседании, дело рассматривается с участием прокурора, представителя медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, и представителя гражданина, в отношении которого решается вопрос о госпитализации в недобровольном порядке или о продлении срока госпитализации в недобровольном порядке. По поводу участия самого гражданина, КАС требует максимального участия лица, подлежащего госпитализации в деле, если этому нет медицинских противопоказаний.

Согласно ст. 278 подлежат выяснению в ходе судебного заседания следующие обстоятельства:

- есть ли у гражданина психическое расстройство; влечет ли оно последствия в виде непосредственной опасности для гражданина или для окружающих, беспомощности гражданина и (или) возможности причинения существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если гражданин будет оставлен без психиатрической помощи;
- являются ли обследование и лечение гражданина возможными лишь в условиях медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях;
- наличие факта отказа или уклонения гражданина от госпитализации в медицинскую организацию, <...> в добровольном порядке...

Заключение

В данной работе было проанализировано положение дел в сфере нормативно-правового регулирования ряда вопросов, касающихся принудительной госпитализации, ограничения дееспособности и нарушения прав недееспособных граждан, страдающих от психических расстройств в период с 2004 год и по настоящий момент. Следует отметить, что законодательство РФ за рассмотренный период было приведено в соответствие с требованиями, предъявляемыми ЕСПЧ.

На основании рассмотренных дел, можно заключить, что несмотря на развитие системы нормативно-правового регулирования по данным вопросам, есть ряд примеров их ненадлежащего исполнения, что и служило поводом для обращения граждан в ЕСПЧ. Однако на данный момент, получить данные для анализа изменения в правоприменительной практике по данной категории дел невозможно из-за п. 4 и п. 5 ч.5 ст. 15 ФЗ « Об обеспечении доступа к информации о деятельности судов в Российской Федерации». Вследствие чего мы не можем сделать вывод о том,

насколько существующие меры по защите прав вышеуказанных лиц эффективно реализуются на практике.

Мы считаем, что при разборе данной категории дел суды должны избегать формального подхода, точно исполнять нормы материального и процессуального права, при необходимости трактуя их с учетом не только национального законодательства, но и международных соглашений. Следует помнить, что конечной целью принудительной госпитализации граждан в психиатрический стационар является в первую очередь оказание им необходимой медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Бурашникова Н.А. Принципы рассмотрения дел о принудительной госпитализации в психиатрический стационар в свете решений Европейского Суда // Судья. 2017. №2. С. 53-57.*
2. *Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017). Официальный сайт компании «КонсультантПлюс». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205 (дата обращения: 05.11.2017).*
3. *«Конвенция о защите прав человека и основных свобод» (Заключена в г. Риме 04.11.1950) (с изм. от 13.05.2004). Официальный сайт компании «КонсультантПлюс». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_29160 (дата обращения: 05.11.2017).*
4. *Федеральный закон «О ратификации Конвенции о защите прав человека и основных свобод и Протоколов к ней» от 30.03.1998 №54-ФЗ. Официальный сайт компании «КонсультантПлюс». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_18263 (дата обращения: 05.11.2017).*
5. *Рекомендация Комитета Министров Совета Европы №R (99) 4 Государствам-членам ЕС о принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых (принята Комитетом Министров 23 февраля 1999 г. на 660-м заседании заместителей министров). Система ГАРАНТ. URL: http://base.garant.ru/70256052/ (дата обращения: 05.11.2017).*
6. *Постановление Европейского Суда по правам человека от 4 марта 2010 г. Дело «Штукатуров (Shtukaturov) против Российской Федерации» (жалоба №44009/05) (Первая Секция). Система ГАРАНТ. URL: http://base.garant.ru/12179841/ (дата обращения: 05.11.2017).*

7. *Постановление Европейского Суда по правам человека от 28 октября 2003 г. Дело «Ракевич (Rakevich) против Российской Федерации» (жалоба №58973/00) (Вторая секция). Система ГАРАНТ. URL: http://base.garant.ru/6134690/ (дата обращения: 05.11.2017).*
8. *Постановление Европейского Суда по правам человека от 2 мая 2013 г. Дело «Загидулина (Zagidulina) против Российской Федерации» (жалоба №11737/06) (Первая секция). Система ГАРАНТ. URL: http://base.garant.ru/70639820/ (дата обращения: 05.11.2017).*
9. *Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. №138-ФЗ. Система ГАРАНТ. URL: http://base.garant.ru/12128809/ (дата обращения: 05.11.2017).*
10. *Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 8 марта 2015 г. №21-ФЗ (с изменениями и дополнениями). Система ГАРАНТ. URL: http://base.garant.ru/70885220/*

Об авторах:

Биняковский Ростислав Владимирович – студент 4 курса, Факультет фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Москва, e-mail: binyakovskiy@gmail.com

Мамедова Галина Шакировна – студентка 4 курса, Факультет фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Москва, e-mail: gsh.mamedova@yandex.ru

Binyakovskiy Rostislav Vladimirovich – student 4 course, Faculty of Fundamental Medicine Moscow State University, Moscow

Mamedova Galina Shakirovna – student 4 course, Faculty of Fundamental Medicine Moscow State University, Moscow

© Биняковский Р.В., Мамедова Г.Ш., 2017

Гасымова А.М., Файнзильбер Е.Ю.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью определения правовых проблем при проведении искусственного прерывания беременности. Проведен анализ судебной практики по привлечению к уголовной ответственности за незаконные действия в сфере искусственного прерывания беременности.

Ключевые слова: *искусственное прерывание беременности, порядок проведения абортов, «неделя тишины», статистика, криминальные аборты.*

Anna M. Gasymova, Ekaterina Yu. Faynzilber

THE LEGAL PROBLEMS OF MAKING INDUCED ABORTIONS

The article is devoted to analysis of legislation in the field of healthcare for the purpose of determination the legal problems of making induced abortions.

Key words: *induced abortions, the order of making abortions, «the week of silence», statistics, the criminal abortions.*

Проблема правового регулирования искусственного прерывания беременности стала особенно актуальной в течение последнего десятилетия, так как отношение общества к данному деянию со временем меняется вместе с отношением к качеству и ценности человеческой жизни. В то же время религиозные взгляды и догмы остаются неизменными, что приводит к биоэтическим конфликтам.

На сегодняшний день согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2] (статья 56. п. 1 Искусственное прерывание беременности): каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия. Также в данном законе установлены временные рамки для проведения процедур по прерыванию беременности, а именно: пункт 2. «Искусственное прерывание беременности по желанию женщины

проводится при сроке беременности до двенадцати недель». В пункте 3 также указано что: «Искусственное прерывание беременности проводится:

1. не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

   а) при сроке беременности четвертая – седьмая недели;

   б) при сроке беременности одиннадцатая – двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;
2. не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая – десятая недели беременности».

В случае наличия медицинских и социальных показаний временные ограничения по прерыванию беременности указаны в пункте 4, который гласит, что: «Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности.»

Согласно пункту 6 действующего закона «Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Одними из примеров медицинских показаний для искусственного прерывания беременности являются:

- сахарный диабет с тяжелой нефропатией;
- миелодиспластические синдромы;
- тяжелая дыхательная недостаточность, некорригируемая терапевтическими методами, развившаяся вследствие заболевания легких;
- любая форма хронического гломерулонефрита;
- хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими болезненными проявлениями (психозы и слабоумие) или с высокой степенью вероятности обострения под влиянием беременности и родов и т.д.

Социальные показания в свою очередь описаны в Постановлении от 6 февраля 2012 г. №98 о социальном показании для искусственного прерывания беременности [3] пункт 1: «…что социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации (Изнасилование)».

Помимо вышеперечисленных нормативно-правовых актов в вопросах регулирования медицинской помощи беременным играет важную роль Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н (ред. от 12.01.2016) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», глава IX «Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности» [4]. Так в пункте 101 сказано, что: «Искусственное прерывание беременности, в том числе несовершеннолетним, проводится врачом-акушером-гинекологом в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Порядок оказания помощи соответственно описан в пункте 103 данного приказа, где сказано, что «Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия к врачу общей практики (семейному врачу), медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта». Также в пункте 104 говориться об обязательном психологическом консультировании, а именно: «при первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия – врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение, на основе информированного добровольного согласия женщины.»

Значительную роль в принятии решения женщины также играет содержание пункта 106, в котором указано, что: «Перед направлением на искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель рекомендуется микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза. В целях сохранения беременности при проведении УЗИ органов малого таза беременной женщине демонстрируется изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения). Правила проведения самой манипуляции подробно описаны в пунктах 107-111 действующего приказа. При наличии социальных показаний к прерыванию беременности действия по оказанию медицинской помощи предусмотрены в пункте 112, где сказано, что «Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальному показанию решается комиссией в составе руководителя медицинской организации, врача-акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача-акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социального показания для искусственного прерывания беременности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №7, ст. 878). При наличии социального показания для искусственного прерывания беременности комиссией выдается заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью медицинской организации.» В

случае же медицинских показаний к прерыванию беременности согласно пункту 113: «…в медицинских организациях формируется комиссия в составе врача-акушера-гинеколога, врача той специальности, к которой относится заболевание (состояние) беременной женщины, являющееся медицинским показанием для искусственного прерывания беременности, и руководителя медицинской организации (далее – Комиссия). Персональный состав Комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации. При наличии медицинских показаний для проведения искусственного прерывания беременности Комиссией выдается заключение о наличии у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, заверенное подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации».

Для соблюдения правовых норм по проведению искусственного прерывания беременности медицинскими организациями существует статья 123 пункт 1 Уголовного Кодекса Российской Федерации «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности» [1], согласно которому «Проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет».

Все вышеперечисленные нормативно-правовые акты участвуют в регулировании медицинской помощи по искусственному прерыванию беременности и в большей степени направлены на ее сохранение, однако назвать их совершенными не предоставляется возможности. Одной из причин недостатков данных законов является то, что их действие направлено в большей степени на население европейской части России, тогда как в отдаленных регионах страны многие аспекты правового регулирования становятся неактуальными и не могут быть реализованы в интересах пациентов.

В качестве примера можно привести ситуации, когда для получения квалифицированной медицинской помощи и консультации жителям дальних городов России необходимо ехать в другой город, в силу отсутствия соответствующих медицинских учреждений и специалистов по месту прописки.

Однако, это далеко не единственная проблема, с которой сталкиваются женщины, живущие в дальних регионах страны.

Как указывалось ранее, согласно статье 56 Федерального закона, искусственное прерывание беременности проводится не в день обращения женщины в медицинскую организацию, что также ведёт за собой далеко не благополучные последствия. В народе данную правовую норму называют «законом о неделе тишины».

Согласно данному закону, после того, как женщина посетила врача, ей дается время на обдумывание своего решения об аборте, «время тишины». При сроке беременности 8-10 недель – «неделя тишины», а при сроке 4-7 недель и 11-12 недель – «48 часов тишины». За это время женщина наряду с ультразвуковым исследованием органов малого таза, разъяснениями врача акушера-гинеколога, лабораторными исследованиями, в обязательном порядке проходит доабортную консультацию психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

Представляется очевидным, что данные требования невыполнимы в отдельных отдаленных регионах. В случае, когда женщине необходимо проведение аборта, то для оказания квалифицированной медицинской помощи, она вынуждена тратить денежные средства и время на дорогу в пути, в два раза больше, так как на сроке 8-9 недель беременности, согласно законодательству, аборт может осуществляться не ранее 7 дней с момента обращения, что по времени может занимать длительность всего маршрута обратно до места жительства. Кроме того, после проведенной манипуляции пациентка должна в обязательном порядке обследоваться врачом спустя время, что требует действующий закон, и потратить дополнительные средства для проживания вне дома [5].

Таким образом, проведение медикаментозного и хирургического аборта становится длительной и высокозатратной проце-

дурой, несмотря на то, что медицинская помощь по искусственному прерыванию беременности на территории РФ является бесплатной для всех гражданок страны.

Возникающие в связи данными нормами проблемы подталкивают население на преступление в виде нелегального проведения абортов в неподобающих санитарно-эпидемиологических условиях (на дому), а также специалистами, не имеющими лицензию на данный вид деятельности [8].

Также нужно принимать во внимание женщин с нерегулярным циклом, которые могут не знать, когда у них была последняя менструация, и тогда они автоматически попадают в группу риска, потому что пациентки могут обращаться к врачам, когда уже наступает 12-13 неделя беременности, то есть, когда ее уже нельзя прервать по закону (без специальных показаний).

В соответствии с этим, возникает следующая статистика по абортам в РФ:

ТОП 5 регионов с высоким числом абортов на 100 родов

Магаданская область	96.6
Еврейская АО	80.8
Псковская область	73.4
Чукотский АО	72.5
Сахалинская область	72.4

ТОП 5 регионов с низким числом абортов на 100 родов

Дагестан	12.3
Чечня	12.4
Ингушетия	13.2
Кабардино-Балкария	19.8
Москва	21.6

Как показывают данные, в России разброс показателя абортов очень значителен. К числу лидеров следует отнести регионы Дальнего Востока, а также Псковскую и Оренбургскую области. Меньше всего абортов на 100 родов приходится на Северный Кавказ, Москву и ряд южных регионов.

Больше всего преступлений по статье 123 УК (за 2010-2015 годы) зарегистрировали в Сибирском федеральном округе – всего 24. На втором месте Центральный и Приволжский федеральные округа с десятью зарегистрированными преступлениями в каждом, а на третьем Уральский – с девятью.

В остальных округах за пять лет зарегистрировали от одного до пяти аналогичных преступлений.

Таким образом, законодательные инициативы, ограничивающие репродуктивные права, приводят к тому, что увеличивается число криминальных абортов, особенно в дальних городах России [6].

Примеров ситуаций с незаконным проведением процедур искусственного прерывания беременности достаточно много, одним из таких является судебное разбирательство в городе Калач-на-Дону от 20 октября 2014 года.

Мировой судья судебного участка №11 Волгоградской области Гасенина Н.А. с участием государственного обвинителя помощника прокурора Калачёвского района Волгоградской области рассмотрев в открытом судебном заседании дело по обвинению гражданки М. в совершении преступления предусмотренного ч. 1 ст. 123 УК РФ

Установил:

Гражданка М., обвиняется в том, что она, будучи лицом, не имеющим высшего медицинского образования, минут, находясь в помещении дома, имея умысел на производство незаконного аборта и по личной просьбе гражданки п., которая желала и настаивала на прерывании имеющейся у нее беременности 10 недель, осознавая общественную опасность и противоправный характер своих действий, желая наступления общественно-опасных последствий в виде прерывания беременности у гражданки п., с согласия последней ввела внутримышечно ей поочередно пять инъекций лекарственного препарата, предназначенного для лечения животных. В результате чего у гражданки П. произошло мертворождение ребенка, и согласно заключению эксперта, причиной смерти новорожденного ребенка гражданки П. является первичный ателектаз легких у новорожденного (мертворождение).

Подсудимая гражданка М. в судебном заседании в присутствии защитника ходатайствовала о постановлении приговора без проведения судебного разбирательства, пояснив, что обви-

нение ей понятно, согласна с обвинением, ходатайство заявлено добровольно, после консультации с защитником, осознаёт последствия постановления приговора без проведения судебного разбирательства. Вину в совершении преступления признала полностью.

Государственный обвинитель на особый порядок рассмотрения дела возражений не представил.

Мировой судья считает, что обвинение, с которым согласилась подсудимая гражданка М., обоснованно, подтверждается доказательствами, собранными по делу.

Гражданка М. совершила преступление, предусмотренное частью 1 ст. 123 УК РФ, то есть – производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Назначая меру наказания подсудимой гражданки М. мировой судья принимает во внимание характер и степень общественной опасности содеянного.

Инкриминируемое преступление, совершенное гражданкой М. относится к преступлению небольшой тяжести.

Мировой судья также учитывает личность подсудимой, ранее привлекавшейся к уголовной ответственности.

Учитывая характер и степень общественной опасности содеянного, данные о личности подсудимой, смягчающие наказание обстоятельства, и отсутствие отягчающих наказание обстоятельств, мировой судья считает возможным исправление подсудимой гражданки М. с назначением ей наказания в виде исправительных работ на срок до двух лет [7].

Из исследований РАНиР (Общероссийская общественная организация содействия охране репродуктивного здоровья граждан «Российская ассоциация «Народонаселение и Развитие») получены результаты, что женщины недовольны введением «дней тишины» и обязательной психологической консультацией. «Психологическое консультирование – чистой воды манипуляция, вот это женщинам не нравится, 70% отмечает отрицательный эффект. В основном, это вызывает у них чувство страха и чувство вины», – как отмечает один из экспертов.

Как отмечается во многих публикациях, лишь немногие женщины, сделавшие аборт, сожалеют о своем выборе. Не повышается и частота депрессий. Хотя женщины с уже существующими психическими расстройствами могут заметить, что после аборта их состояние ухудшилось, схожая картина наблюдается и во время вынашивания нежелательного ребенка.

Таким образом, запретительные меры, которые государство включило в один из действующих законов, не несут положительного результата и нуждаются в пересмотре в целях улучшения положения женщин в дальних городах РФ.

Список литературы:

1. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. №25, ст. 2954*
2. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. №48, ст. 6724*
3. *Постановление от 6 февраля 2012 г. №98 о социальном показании для искусственного прерывания беременности // Собрание законодательства Российской Федерации от 13 февраля 2012 г. №7, ст. 878*
4. *Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н (ред. от 12.01.2016) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // Официальный интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) 16 февраля 2016 г.*
5. *Социальный портал по вопросам демографии и демографической политики РФ.*
6. *Общественный проект «Аист на крыше» (Общественный проект о материнстве, детстве, семье и демографии) – Политика в сфере репродуктивного здоровья в России и международный опыт.*
7. *«РосПравосудие» – судебная практика. Справочно-правовая система по судебным решениям судов общей юрисдикции, мировых и арбитражных судов РФ. URL:https://rospravosudie.com/*
8. *Павлова Ю.В. Система мер по охране репродуктивного здоровья и репродуктивных прав в российской федерации: достижения и перспективы // Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1 (1). Том 1. С. 98.*

Об авторах:

Гасымова Анна Матлабовна – студентка VI курса лечебного факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: whiteglove@mail.ru

Файнзильбер Екатерина Юрьевна – студентка VI курса лечебного факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: pecheneg101010@mail.ru

Gasymova Anna Matlabovna – student, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Moscow

Faynzilber Ekaterina Yuryevna – student, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Moscow

Научный руководитель: Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, доцент, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Scientific adviser: Julia Vladimirovna Pavlova – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

© Гасымова А.М., Файнзильбер Е.Ю., 2017

Зайченкова О.А.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере оказания помощи ВИЧ-инфицированным больным. Рассмотрены современные тенденции и направления развития законодательства в вопросе оказания помощи ВИЧ-инфицированным.

Ключевые слова: *ВИЧ-инфекция, ВИЧ-инфицированный, иммунный блоттинг, медицинское освидетельствование, регистр больных ВИЧ-инфекцией, ребенок-инвалид.*

Oxana A. Zaychenkova

MODERN CONDITION IN THE FIELD OF PREVENTION OF HIV INFECTION IN THE RUSSIAN FEDERATION: SOCIAL AND LEGAL ASPECTS

This article analysis the legislation in the sphere of rendering assistance to HIV-infected patients. The current tendencies and directions of development of the legislation in the matter of rendering assistance to HIV-infected people are considered.

Key words: *HIV infection, HIV-infected, immune blotting, medical examination, the register of patients with HIV infection, disabled child.*

В актуальности проблемы распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации сомневаться не приходится. По данным Федерального центра СПИД на 31 декабря 2016 года число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции минуло отметку в 1 000 000 человек [1], что составляет около 1% населения 146 миллионной России. Такое положение дел вполне «достойно» называться эпидемией.

Число новых случаев ВИЧ-инфекции растет из года в год. В период с 2011 по 2016 годы ежегодный прирост вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составлял в среднем 10%. Увеличивается и смертность больных ВИЧ-инфекцией. Так в 2016 году умерло 30 550 ВИЧ-инфицированных, что на 10,8% больше, чем в 2015 году.

Говоря о структуре заболеваемости, стоит отметить ее значительные изменения. В настоящее время наблюдается тенденция

«взросления» ВИЧ-инфекции. В 2016 году ВИЧ-инфекция преимущественно выявлялась у россиян в возрасте 30-40 лет (46,9%) и 40-50 лет (19,9%), доля молодежи в возрасте 20-30 лет – 23,2%, тогда как доля подростков в структуре ВИЧ-инфицированных существенно сократилась до 1,2% (по сравнению с 2000 годом – 24,7%) [1].

Но сама проблема роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией не является единственной. Более пугающими являются следующие факты. Во-первых, это неадекватная оценка правительством сложившейся угрозы, которая по своему масштабу сравнима с военным бедствием (за год от ВИЧ-инфекции мы теряем уже больше молодых мужчин, чем за все годы войны в Афганистане) [2]. Все медицинское обслуживание (помещения, штаты, оборудование, расходные материалы, антибиотики для лечения сопутствующих заболеваний и т.д.), кроме лекарств для проведения антиретровирусной терапии и диагностических наборов, оплачиваемых из федерального бюджета, ложится на плечи регионов, которые не в силах обеспечить адекватного финансирования.

Во-вторых, это безграмотность населения в вопросах путей передачи и распространения, профилактики и последствий заражения ВИЧ-инфекцией. Все это формирует неправильное отношение общества не только к уже ВИЧ-инфицированным людям, что заставляет их скрывать свою болезнь, но и увеличивает риск заражения еще здоровых людей из-за пренебрежения угрозой. Косвенно о наличии таких тенденций свидетельствует рост количества детей, зараженных при грудном вскармливании: в 2016 году было зарегистрировано 59 таких детей, 2015 – 47, 2014 – 41 ребенок [1].

«В условиях эпидемического распространения ВИЧ-инфекции, идущие параллельно процессы выявления новых случаев инфицирования, и накопление больных ВИЧ/СПИДом, приводят к возрастанию заносов ВИЧ-инфекции в ЛПУ с увеличением вероятности профессиональных контактов медицинских работников с ВИЧ-инфицированными» [3].

И наконец, существование такого явления, как ВИЧ-диссиденство. Люди, отрицающие существование ВИЧ-инфекции и угроз, сопряженных с ней, представляют опасность для хрупкого, несформированного и не поддержанного профессиональным сообществом и правительством мнения общества. Это еще больше усугубляет и без того плачевную ситуацию ВИЧ-инфицирования в стране.

Таким образом, эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России ухудшается. Сохраняется высокий уровень заболеваемости, увеличивается общее число и число смертей ВИЧ-инфицированных. Данная ситуация может привести к тяжелым социально-экономическим и демографическим последствиям, создать угрозу личной, общественной и государственной безопасности.

Правовой статус в сфере охраны здоровья ВИЧ-инфицированных лиц в Российской Федерации имеет ряд особенностей, обусловленных в первую очередь социальной значимостью данного заболевания, которую следовало бы определить как вопрос национальной безопасности. А вот качество и специфика реализации этих прав напрямую зависят и зачастую искажаются, по мнению автора, главным образом по причине неграмотности граждан (как ВИЧ-инфицированных, так и неинфицированнных) в вопросах путей распространения, механизмов передачи, мер профилактики инфекции, а также из-за бытующих предубеждений среди населения о ВИЧ- инфицированных, как о людях низких нравов и сексуальной распущенности [4]. Что, конечно же, не получило бы такого развития уделяй наше государство и профессиональные сообщества должное внимание данной проблеме.

Особый статус имеет сама процедура медицинского освидетельствования, которая проводится добровольно и бесплатно, по желанию обследуемого анонимно, в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения и включает в себя соответствующее лабораторные исследования (ИФА и иммунный блоттинг), предварительное и последующее консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Все эти положения закреплены статьями Федерального закона от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» (далее – №38-ФЗ) [5].

Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным лицам не имеет каких-либо характерных особенностей с правовой точки зрения. Согласно ст. 14 Федерального закона №38-ФЗ ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по медицинским показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством РФ об охране здоровья граждан. В соответствии со ст. 4 Федерального закона №38-ФЗ государством гарантируется бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения ВИЧ-инфекции.

Охват лечением в 2016 году в РФ составил 32,8% от числа зарегистрированных лиц с диагнозом ВИЧ-инфекция. При этом среди состоявших на диспансерном наблюдении было охвачено антиретровирусной терапией 42,3% больных [1]. По оценкам Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом достигнутый охват лечением не выполняет роль профилактического мероприятия и не позволяет радикально снизить темпы распространения заболевания. В 2016 году было принято решение об изменении системы закупок препаратов для лечения ВИЧ-инфекции с региональной на централизованную федеральную систему [6,7,8]. Для чего был запущен единый регистр больных ВИЧ – инфекцией, на основании которого будет осуществляться обеспечение конкретного пациента антиретровирусной терапией. Данные в этот регистр будут вноситься добровольно, с согласия пациента [9]. Таким образом, для реализации права ВИЧ-инфицированного гражданина на получение лечения ему необходимо быть занесенным в этот регистр.

Согласно Постановления Главного государственного санитарного врача РФ №1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» ВИЧ-инфицированные лица подлежат приглашению на первичное и периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору, выраженному в письменной форме (п. 6.2). А далее идет п. 6.3, который гласит, что лица с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции должны быть взяты

на диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции [10]. Возникает вопрос: «Как осуществить этот «долг», если постановка на учет производится в добровольном порядке?». И, похоже, Минздрав России нашел решение проблемы, ведь как сказал пресс-секретарь министра здравоохранения Олег Салагай: «Человек, у которого диагностирована ВИЧ-инфекция, сам заинтересован быть включенным в этот регистр, поскольку на основании него он будет получать лекарственные препараты». К слову, в сентябре прошлого года Минздравом было выдвинуто предложении об обязательной постановке на учет ВИЧ-инфицированных лиц. За уклонение Минздрав России предлагал ввести ответственность (без уточнения уголовную или административную) [11]. В декабре все того же 2016 года эта инициатива была отклонена научными сообществами и ведомствами по причине того, что данная мера «с большой долей вероятности приведет к негативным последствиям – уходу ВИЧ-инфицированных лиц в тень, так как люди начнут избегать сдачи анализов на ВИЧ, что еще больше будет способствовать распространению заболевания» [12]. Создается впечатление, что Минздрав решил зайти с другой стороны: никого насильно не принуждать, но и не лечить тех, кто не занесен в регистр. А между тем спектр причин уклонения ВИЧ-инфицированных от постановки на учет столь разнообразен, что очень красочно демонстрирует несовершенство действующей в настоящее время системы. И для начала стоит отменить, что в структуре заболеваемости более 50% – это наркоманы, которым все равно стоит ли он на учете, является ли он угрозой для общества и будет ли он вообще здоров. В мировой практике в лечении таких пациентов успешно зарекомендовала себя заместительная терапия [13, 14], суть которой заключается в том, что наркоман ежедневно является в центр профилактики и борьбы со СПИД и получает вместе с антиретровирусным препаратом дозу наркотика. Такая тактика формирует хоть и ложную, но приверженность пациента-наркомана к лечению ВИЧ-инфекции, уменьшает риск заражения от него других лиц, так как он не употребляет наркотик парентерально и не пользуется одной иглой с кем-либо еще.

Другой немаловажной причиной уклонения является нездоровый общественный климат нашего государства по отношению к ВИЧ-инфицированным. Люди бояться, что об их заболевании станет известно, что приведет к их социальной дискриминации, они могут лишиться работы, ребенка не возьмут в детский сад и т.д. и т.д. Прибавим к этому еще и неграмотность населения в вопросах необходимости профилактики и терапии.

Итак, что можно сказать по этому поводу?

Во-первых, любые сведения, полученные по долгу службы сотрудниками медицинской организации о состоянии здоровья человека, в том числе и ВИЧ-инфицированного, являются врачебной тайной, что прописано в ст. 13 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [15]. За разглашение таких сведений предусмотрена как административная (ст. 13.14 Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ)) [16], так и уголовная ответственность (ст. 137 Уголовного кодекса РФ (УК РФ)) [17].

Во-вторых, на основании ст. 17 Федерального закона №38-ФЗ не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в организации, осуществляющие образовательную деятельность, и медицинские организации, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных. Однако ответственности ни административной, ни уголовной за несоблюдение данной статьи не существует, что попросту развязывает руки работодателям, работникам образовательных учреждений и т.п. А между тем в интернет огромное количество примеров незаконного или вынужденного увольнения ВИЧ-инфицированного сотрудника [18, 19].

В том числе и с целью избежать такой вот ситуации с уклонением и неграмотностью все в том же Федеральном законе №38-ФЗ прописано, что медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Это же положение закреплено и Постановлением Главного государственного санитарного врача №1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (п. 5.6), где еще и подробно описывается по каким вопросам должен быть проконсультирован гражданин, пожелавший обученным специалистом (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом, психологом) и включать основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ, возможные последствия тестирования, определение наличия или отсутствия индивидуальных факторов риска, предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ, видов помощи, доступных для инфицированного ВИЧ (п. 5.7). Послетестовое консультирование при любом результате тестирования на ВИЧ, помимо обсуждения значения полученного результата, должно вновь содержать обсуждение видов помощи, доступных для инфицированного ВИЧ и рекомендации по дальнейшей тактике оказания медицинской помощи, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за оставление в опасность заражения, либо заражение другого лица (ст. 122 УК РФ). После этого тестируемый направляется в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию (п. 5.11.1).

На деле же не похоже, чтобы данный этап освидетельствования осуществлялся в полной мере. Это и не мудрено, ведь ресурсов для его осуществления катастрофически не достает: это и нехватка кадров, и их качество. О вопросах качества заставляют задуматься ситуации, когда ВИЧ-инфицированным лицам отказывают в предоставлении медицинской помощи по причине наличия у них ВИЧ инфекции [20]. И это несмотря на то, что статус медицинского специалиста, особенно врача, подразумевает должный уровень осведомленности в вопросах путей и механизмов передачи ВИЧ инфекции, не говоря уже о существовании статей 14, 16 и 17 Федерального закона от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ. Говорить о непросвещенности прочего неинфицированного ВИЧ населения в вопросах профилактики, путей передачи и распространения ВИЧ-инфекции, сексуального воспитания и вовсе не приходится. Его просто нет. Ни одна телевизионная передача, ни один интернет-ресурс ни ведет речи о просвещении населения в данном вопросе.

Все это в совокупности и приводит к стигматизации ВИЧ-инфицированных лиц, уклонении их от постановки на учет, реализации не в полной мере их прав на получение медицинского обслуживания, и, конечно, к росту заболеваемости.

Отдельной категорией ВИЧ-инфицированных лиц являются несовершеннолетние. Федеральным законом №38-ФЗ закреплен ряд прав для несовершеннолетних лиц, инфицированных ВИЧ и их законных представителей.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до шестнадцати лет может проводиться при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя, а лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, – при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство его законного представителя. Один из родителей или иной законный представитель одного из указанных лиц имеет право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования (п. 5 ст. 7). В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетнего в возрасте до восемнадцати лет, а также у лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, работник медицинской организации уведомляет об этом одного из родителей или иного законного представителя таких лиц (п. 2 ст. 13).

Приказом Минздрава РФ от 30.12.2003 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» определяется 5 групп здоровья детей, среди которых к пятой группе относят детей, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии [21]. п. 11 приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009 г. №1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» устанавливается, что категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты [22]. Таким образом, категория «ребенок-инвалид» устанавливается детям именно с пятой группой здоровья, куда и стоит относить ВИЧ-инфицированных детей, как детей с хроническим, зачастую врожденным заболеванием, приводящим к стойкому нарушению работы иммунной системы, и вследствие ограничения жизнеспособности ребенка, требующее мер социальной защиты.

Ст. 11 Федерального закона №166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» среди прочих условий закреплено положение о праве на социальную пенсию детей-инвалидов и инвалидов с детства. Назначается она на срок, в течение которого соответствующее лицо признано инвалидом, в том числе бессрочно (п. 4 ст. 23). Размер пенсии закрепляется ст. 18 этого же Федерального закона и зависит от группы инвалидности [23].

Ст. 18 регламентирует права законных представителей ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних на совместное пребывание с ребенком в возрасте до 18 лет в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях с выплатой за это время пособий в соответствии с законодательством РФ об обязательном социальном страховании, а так же сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного – несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж. Кроме того в ст. 19 Федерального закона №38-ФЗ говориться, что лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными – несовершеннолетними, выплачивает-

ся пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В соответствии в Постановлением Правительства РФ от 2 мая 2013 г. №397 «Об осуществлении ежемесячных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет или инвалидами с детства I группы» ежемесячная выплата устанавливается проживающим на территории Российской Федерации родителю (усыновителю) или опекуну (попечителю), а также другому лицу, осуществляющему уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет или инвалидом с детства I группы, независимо от совместного проживания с ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет или инвалидом с детства I группы (п. 2) [24].

Ежемесячная выплата устанавливается одному лицу, осуществляющему уход, в отношении каждого ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы на период осуществления ухода за ним. Причем выплата лицу, осуществляющему уход, производится в дополнение к установленной самому ребенку-инвалиду в возрасте до 18 лет или инвалиду с детства I группы пенсии (п. 3) и осуществляется органом, осуществляющим назначение и выплату пенсии ребенку-инвалиду в возрасте до 18 лет или инвалиду с детства I группы (п. 4).

Хотелось бы обратить внимание на условия, при которых прекращаются выплаты по уходу за ребенком-инвалидом, оговоренных в п. 12 данного Постановления. Из наиболее неочевидных скажу о прекращении осуществления ежемесячной выплаты в следующих случаях:

a) назначение лицу, осуществляющему уход, пенсии независимо от ее вида и размера;
b) назначение лицу, осуществляющему уход, пособия по безработице;
c) выполнение лицом, осуществляющим уход, оплачиваемой работы;
d) достижение ребенком-инвалидом возраста 18 лет, если ему по достижении этого возраста не установлена I группа инвалидности с детства;

e) помещение ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы в организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме.

Подводя итоги проделанного анализа действующего законодательства в отношении ВИЧ-инфицированных больных, можно сделать вывод о том, что оно вполне адекватно. И если бы, например, полностью выполнялся федеральный закон №38-ФЗ, ситуация не была бы такой плачевной. Однако осуществление его и прочих законодательных норм на должном уровне не происходит по ряду разнообразных причин. В результате сами ВИЧ-инфицированные, законодательные и исполнительные органы власти вынуждены прибегать к ряду уловок, дабы обеспечить собственную и гражданскую безопасность, качество и возможность реализации гарантируемых прав.

Ситуация с ВИЧ-инфекцией в России уже давно перестала быть проблемой асоциальных маргиналов, она вышла за эти рамки и превратилась в проблему национальной безопасности, стала вопросом каждого гражданина. Эта, на первый взгляд, ужасающая действительность требует серьезных дополнительных материальных затрат и моральных компромиссов. Ведь даже сейчас, в условиях нездорового, пренебрежительного отношения к проблеме, мировой науке и медицине удалось добиться хороших результатов (рождение здоровых детей от ВИЧ-инфицированных женщин, возможность вести полноценную жизнь, в том числе и половую, без угрозы заражения партнера) [25].

Все это лишний раз подтверждает, что возможности решения проблемы существуют, и необходимо пересмотреть наше отношение к ней в ближайшем будущем. Как знать, быть может, это будет будущее без ВИЧ.

Список литературы:

1. *Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2016 год» Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора // URL: http://rylkov-fond.org/files/2017/07/Spravka-VICH-2016-fin-Suzdal-.pdf (дата обращения: 20.09.2017)*

2. Пахомов А. Надо не законы штамповать, а увеличивать бюджет на борьбу с ВИЧ. /. Vademecum. 2017. // URL: https://vademec.ru/article/vadim_pokrovskiy_nado_ne_zakony_shtampovat-_a_uvelichivat_byudzhet_borby_s_vich/ (дата обращения: 17.09.2017)
3. Насырова А.Н. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам с патологией челюстно-лицевой области // Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2015. Том 1. №1. С. 93-97.
4. Чернявская О. А., Иоанниди Е. А., Фролова А. С. К вопросу о тайне диагноза ВИЧ-инфекции. // Биоэтика, 2016. №2 (18). С. 47-49.
5. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // URL: http://base.garant.ru/10104189/ (дата обращения: 29.09.2017)
6. Макарова Е. Минздрав изменил систему закупок лекарств от ВИЧ. /. Vademecum. 2016.// URL: https://vademec.ru/news/2016/02/03/minzdrav_izmenit_sistemu_zakupok_lekarstv_ot_vich/ (дата обращения:09.10.2017)
7. Равинская Т. Вопрос централизации госзакупок лекарств от туберкулеза, ВИЧ и гепатитов будет решен в 2016 году. /. Vademecum. 2015. // URL: https://vademec.ru/news/2015/09/14/vopros_tsentralizatsii_goszakupok_lekarstv_ot_tuberkuleza_vich_i_gepatitov_budet_reshen_v_2016_godu/ (дата обращения: 10.10.2017)
8. Добровольский Т. Депутаты поддержали централизацию закупок препаратов против ВИЧ. /. Vademecum. 2016. // URL: https://vademec.ru/news/2016/06/08/deputaty-podderzhali-tsentralizatsiyu-zakupok-preparatov-protiv-vich/ (дата обращения:10.10.2017)
9. В России начал действовать федеральный регистр людей с ВИЧ. / ТАСС: 2017. // URL: http://tass.ru/obschestvo/3917954 (дата обращения: 15.10.2017)
10. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11 января 2011 г. №1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» // URL: https://rg.ru/2011/04/15/sp-spid-dok.html (дата обращения: 30.09.2017)
11. Добровольский Т. Минздрав предложил обязать ВИЧ-инфицированных становиться на учет. / Vademecum. 2016. //URL: https://vademec.ru/news/2016/09/20/minzdrav-predlagaet-obyazat-vich-infitsirovannykh-stanovitsya-na-uchet/ (дата обращения: 18.10.2017)

12. Пахомов А. ВИЧ-инфицированных не будут принудительно ставить на учет. /. Vademecum. 2016. //URL: https://vademec.ru/news/2016/12/27/vich-infitsirovannykh-ne-budut-prinuditelno-stavit-na-uchet/ (дата обращения: 22.10.2017)
13. Интервью с Вадимом Покровским в программе «Познер» от 08.06.2015. // URL: https://www.1tv.ru/shows/pozner/vypuski/gost-vadim-pokrovskiy-pozner-vypusk-ot-08-06-2015 (дата обращения: 18.09.2017)
14. Метадоновая терапия как способ избавления от героиновой зависимости. /. Gidmed.com. Ваш гид в мир медицины. 2016. // URL: http://gidmed.com/narkologiya/narkomhttp://gidmed.com/aniya/metadonovaja-terapija.html (дата обращения: 20.10.2017)
15. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 14.09.2017)
16. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 29.07.2017) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/ (дата обращения: 12.10.2017)
17. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.07.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.08.2017) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения: 12.10.2017)
18. Мальцева А., Аляев Д., Белый М., Ишков с., Морозов А. Диагноз – изгои. / Новые известия. Санкт-Петербург. 2012. // URL: https://newizv.ru/news/society/07-02-2012/158790-diagnoz-izgoi (дата обращения: 08.11.2017)
19. Меня не взяли на работу из-за ВИЧ. / СПИД.Центр. 2017. // URL: https://spid.center/articles/1029 (дата обращения: 19.10.2017)
20. Правы ли врачи, отказываясь от пациента? / Юрист Онлайн – Ваш профессиональный помощник // URL: https://www.yurist-online.net/question/73470 (дата обращения: 15.10.2017)
21. Приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_126812/ (дата обращения:15.10.2017)
22. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009 г. №1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспер-

тизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы // URL: http://base.garant.ru/12174033/ (дата обращения: 15.10.2017)

23. *Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. №166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» // URL: http://base.garant.ru/12125128/ (дата обращения: 16.10.2017)*
24. *Постановление Правительства РФ от 2 мая 2013 г. №397 «Об осуществлении ежемесячных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет или инвалидами с детства I группы» // URL: https://rg.ru/2013/05/15/viplati-dok.html (дата обращения:16.10.2017)*
25. *ВИЧ/СПИД. Информационный бюллетень. 2017. / Всемирная организация здравоохранения // URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/ru/ (дата обращения: 20.10.2017)*

Об авторе:

Зайченкова Оксана Александровна – студентка 6 курса лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: multapaucis4@ya.ru

Zaychenkova Oxana Alexandrovna – student of 6th course Treatment 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

Научный руководитель – Фарбер Елена Владиславовна – юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Scientific adviser: Farber Elena Vladislavovna – Lawyer, Senior Lecturer of the Medical Law Chair, 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

© Зайченкова О.А., 2017

Завадская Т.Ф.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ АЭРОПОРТОВ И ВОЗДУШНЫХ СУДОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ

В статье рассмотрены алгоритмы оказания медицинской помощи при осуществлении авиаперевозок пассажиров. Представлен обзор правовых норм и актов, закрепляющих права граждан на оказание медицинской помощи на этапах авиаперевозок. Так же определены ответственные стороны оказания медицинских услуг на территории аэропортов и воздушных судов.

Ключевые слова: *медицинская помощь на территории аэропорта, медицинская помощь на борту самолета, аэропорт, воздушное судно, медицина и гражданская авиация.*

Tatyana F. Zavadskaya

ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF MEDICAL CARE ON THE TERRITORY OF AIRPORTS AND AIRCRAFTS OF CIVIL AVIATION

The article examines the algorithms of medical aid rendering under air passenger carriage. The overview of legal acts and norms securing the rights of citizens to medical care during air carriage stages is presented. Furthermore, the parties that are responsible for medical services provision at the airport and on board are defined.

Key words: *medical aid at the airport, medical care on board, airport, aircraft, medicine and civil aviation.*

В век высоких технологий и быстрого развития транспорта для современного человека важно оставаться в движении. Сфера его интересов не ограничивается одним районом, городом или страной. Стремление к движению, работе, путешествиям заставляет пользоваться личным транспортом (автомобиль, мотоцикл) или общественным (троллейбус, автобус, поезд, самолет). Сложность маршрута, скорость передвижения и человеческий фактор могут привести к несчастным случаям на транспорте.

Жизненные обстоятельства могут вынудить гражданина обратиться за медицинской помощью, например, на территории аэропорта. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в части 1 статье 41 Конституции Российской Федерации [1].

Исходя из Приказа Минтранса РФ от 27 марта 2012 г. №81 «Об утверждении Требований к здравпункту аэровокзала гражданской авиации» [9] аэропорты должны быть оборудованы здравпунктами, куда может обратиться любой гражданин, находящийся на его территории. Аэропорт должен быть обеспечен навигационными указателями согласно Федеральному закону от 14 февраля 2009 г. №22-ФЗ «О навигационной деятельности» [3], с помощью которых можно проследовать в ближайший здравпункт терминала, где будет оказана медицинская помощь. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 25.03.2015 №272 (ред. от 22.07.2017) «Об утверждении требований к антитеррористической защищенности мест массового пребывания людей и объектов (территорий), подлежащих обязательной охране войсками национальной гвардии Российской Федерации, и форм паспортов безопасности таких мест и объектов (территорий)» [6] залы аэропорта должны быть оборудованы кнопками-SOS.

Здравпункт аэровокзала оказывает медицинскую помощь пассажирам и работникам аэропорта в соответствии с порядком оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [10]. В медицинский пункт аэропорта может обратиться любой гражданин в следующих случаях:

1. При острых заболеваниях и обострении хронических болезней.
2. При травмах, произошедших по дороге в аэропорт и на территории аэровокзала.
3. При острых отравлениях и других заболеваниях, требующих оказания неотложной помощи.
4. Для консультации по вопросам медицинских противопоказаний при пользовании воздушным транспортом.

Медицинский пункт аэровокзала должен быть обеспечен:

1. Медицинским персоналом – фельдшер и врач терапевт, имеющие высшую, первую или вторую категории. Численность и состав дежурной смены здравпункта аэровокзала определяются с учетом нормативов, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 г. №911н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях» [11].
2. Лекарственными препаратами и медицинским изделиями в том числе медицинскими наборами, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. №36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» [12].
3. Санитарным автотранспортом и средствами связи [9].
4. Помещения здравпункта аэровокзала должны соответствовать требованиям Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [7].

Для оказания медицинской помощи могут использоваться специализированные наборы, которые должны укомплектовываться в полном соответствии с перечнем лекарственных средств и медицинских изделий. Лекарственные средства, медицинские изделия, а также наборы для оказания медицинской помощи должны соответствовать срокам годности. Медицинским персоналом здравпункта должны проводиться ревизии наборов с целью утилизации лекарственных средств и стерильных медицинских изделий с истекшим сроком годности [12]. Медицинским персоналом здравпункта должна вестись регистрация и учет лекарственных средств и медицинских изделий, а так же занесение информации в специальные журналы учета, согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июня 2013 г. №378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных

журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения» [13].

Исходя из нормативных документов, ответственность аэропорта заканчивается в момент посадки пассажира на борт. На борту воздушного судна пассажир или член экипажа, получивший травму, может обратиться к бортпроводнику для оказания первой помощи в соответствии с Приказом Министерства транспорта РФ от 16 сентября 2015 г. №276 «О внесении изменений в Федеральные авиационные правила «Требования к членам экипажа воздушных судов, специалистам по техническому обслуживанию воздушных судов и сотрудникам по обеспечению полетов (полетным диспетчерам) гражданской авиации», утвержденные приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 12 сентября 2008 г. №147» [14]. На воздушном судне должны находиться бортовые аптечки согласно методическим рекомендациям по обеспечению воздушных судов гражданской авиации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями» [18] с расчетом 1 комплект на 100 кресел при продолжительности полета более 2- х часов в которые входят:

1. Комплекты первой помощи (далее КПП).
2. Комплекты медицинские (далее КМ).
3. Универсальные профилактический комплекты (далее УПК).

Комплекты должны быть равномерно расположены по салону воздушного судна и находиться в легкодоступных для бортпроводников местах. Бортовые аптечки подлежат комплектации лекарственными препаратами, зарегистрированными согласно Федеральному закону от 12.04.2010 №61-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) (с изменениями и дополнениями) [4]. По истечении сроков годности лекарственных препаратов, медицинских изделий или в случае их использования, комплекты аптечки необходимо пополнить. Контроль комплектования бортовых аптечек осуществляет врач авиакомпании.

Во время рейсов пассажиры тоже могут получить травму или почувствовать недомогание. На борту воздушного судна в рейсе оказываются следующие виды помощи:

1. Первая помощь
2. Первичная медико-санитарная помощь

Для оказания первой помощи в рейсе применяется КПП. Его имеет право использовать любой член экипажа. Первую помощь пассажирам в рейсе оказывает бортпроводник. В соответствии с частью 1 статьи 31 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5] первая помощь оказывается бесплатно. Бортпроводники проходят подготовку по авиационной медицине и первой помощи не реже одного раза каждые 24 месяца. На воздушном судне, где не предусмотрено наличие кабинного экипажа первую помощь оказывает второй пилот, прошедший соответствующий инструктаж. Согласно Приказу Министерства транспорта РФ от 18 июля 2017 г. №263 «О внесении изменения в Федеральные авиационные правила «Подготовка и выполнение полетов в гражданской авиации Российской Федерации», утвержденные приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 31 июля 2009 г. №128» [15] кабинный экипаж (бортпроводник или бортоператор) – это член обслуживающего экипажа, который в интересах безопасности пассажиров, сохранности грузов и выполнения специальных работ на борту воздушного судна выполняет установленные обязанности, поручаемые ему командиром воздушного судна в течение полетного времени.

В случае выявления на рейсе пассажира, нуждающегося в оказании первой помощи, бортпроводник докладывает о данном факте старшему бортпроводнику и командиру воздушного судна. Если после оказания первой помощи состояние пассажира не улучшается, появляются признаки угрожающие жизни пассажира, старший бортпроводник докладывает командиру воздушного судна об ухудшении состояния больного. Командир воздушного судна имеет право произвести вынужденную посадку в случае, когда он считает, что продолжение полета небезопасно для состояния здоровья пассажира. При оказании первой помощи, не-

допустимо использовать лекарственные препараты самого пассажира и лекарственные препараты, не допущенные к обращению в Российской Федерации.

Первичная медико-санитарная помощь в рейсе оказывается в экстренной или неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний пассажиром рейса с медицинским образованием и соответствующей подготовкой. Для привлечения внимания пассажира рейса с медицинским образованием к оказанию медицинской помощи прибегают к использованию громко говорящей связи [18].

Для оказания первичной медико-санитарной помощи в рейсе используется МП, в который входит препараты, медицинские изделия и прочие средства, предназначенные для оказания первичной медико-санитарной помощи на борту воздушного судна, дополнительно можно использовать КПП. МП имеет право использовать только пассажир с медицинским образованием, находящийся на борту, исключением является «комплект для принятия родов» [18], который может быть вскрыт в случае необходимости. Члены кабинного экипажа должны действовать по указанию пассажира с медицинским образованием. Медицинская помощь также оказывается бесплатно. Если после оказания медицинской помощи состояние пассажира не улучшается, появляются признаки угрожающие жизни пассажира, старший бортпроводник докладывает капитану воздушного судна об ухудшении состояния больного. Капитан воздушного судна имеет право произвести вынужденную посадку в случае, когда он считает, что продолжение полета может угрожать жизни и здоровью пассажира [15].

Бортпроводники и члены летного экипажа обязаны знать симптомы инфекционных заболеваний (иметь общие сведения о: оспе, полиомиелите, гриппе, холере, чуме, желтой лихорадке, болезни, вызванной вирусом Эбола, малярии, лихорадке Западного Нила, Крымской геморрагической лихорадке, лихорадке Денге, менингококковой инфекции) [18]. Для членов экипажа изучение документов, а также выработка навыков проведения первичных противоэпидемических мероприятий в рейсе, входит в программу подготовки по авиационной медицине, и проводится не реже одного

раза каждые 24 месяца. В случае обнаружения на рейсе больного с признаками инфекционного заболевания, бортпроводник информирует старшего бортпроводника и капитана воздушного судна о происшествии. Экипаж должен проинформировать должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль, о санитарно-эпидемиологической обстановке на судне.

Далее, в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.11.2016 года №178 »Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.4.2318-08» [8] выполняется деконтаминация – процедура, которую выполняют члены кабинного экипажа, имеющая цель устранить инфекционный или токсичный агент на поверхности тела человека или животного, в продукте или на продукте, приготовленном для потребления, или на других неодушевленных предметах, включая перевозочные средства, который может представлять риск для здоровья населения. Для проведения первичных противоэпидемических мероприятий в рейсе применяется УПК – это комплект медицинских изделий и прочих средств на борту воздушного судна, предназначенный для организации и проведения первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, карантинными инфекциями, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, малярией и инфекционными болезнями неясной этиологии, имеющими важное международное значение [18]. УПК имеет право использовать любой член экипажа. Согласно «Воздушному кодексу Российской Федерации» от 19.03.1997 №60-ФЗ (ред. от 29.07.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.09.2017) [2], капитан воздушного судна во время полета может принять решение о применении чрезвычайных мер, необходимых для охраны здоровья и безопасности пассажиров на борту. Дополнительные комплекты УПК на воздушных суднах вводятся на основании указания Руководителя Роспотребнадзора РФ о повышенной опасности для здоровья населения, таких как вспышка серьезного инфекционного заболевания, обладающего пандемическим потенциалом, в соответствии с рекомендациями Комитета ВОЗ.

Непосредственно в полете воздушное судно и медицинские службы аэропортов не имеют прямой связи. Она осуществляется через Госкорпорацию по организации воздушного движения (далее Госкорпорация по ОрВД). От командира воздушного судна поступает сообщение о внезапном ухудшении состояния здоровья пассажира или члена экипажа, требующее медицинской помощи, которая не может быть оказана на борту воздушного судна. Капитан в праве запросить посадку воздушного судна на запасной аэродром или аэродром прибытия [15]. Задача диспетчера системы ОрВД сообщить наземным службам о происшествии на борту и направить воздушное судно на запасной аэродром, где будет оказана медицинская помощь во всем объеме. Дальнейший алгоритм предполагает:

1. Осуществляется посадка воздушного судна на аэродром.
2. Прибытие амбулифта – специализированного оборудования для транспортировки пассажиров с ограниченными возможностями здоровья (Приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 15 февраля 2016 г. №24 «Об утверждении Порядка предоставления пассажирам из числа инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности услуг в аэропортах и на воздушных судах» [16]).
3. Подгон трапа, открытие дверей для дежурной медицинской бригады.
4. Прибытие на борт дежурной медицинской бригады из врача и фельдшера аэропорта.
5. По результатам оценки состояния пассажира при необходимости вызывают «Скорую помощь» в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. №33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н» [17].
6. По прибытию медицинского автомобиля службы «Скорой помощи», он незамедлительно пропускается через контрольно-пропускной пункт аэропорта и следует к месту нахождения пострадавшего.

Выполнение четких инструкций и соблюдение прав граждан работниками аэропорта и членами экипажа воздушного судна гарантирует пассажирам оказание своевременной медицинской помощи. Но также и сам пассажир должен знать свои права, которыми он может воспользоваться в случае возникновения такой необходимости. На основе данной статьи можно создать краткую памятку для пассажиров, пользующихся воздушным транспортом, которая поможет донести основную информацию о получении медицинской помощи до любого пассажира, находящегося на борту воздушного судна или на территории аэропорта.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации // Российская газета от 23 июля 2014 г. №163.*
2. *Воздушный кодекс Российской Федерации от 19.03.1997 №60-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 24 марта 1997 г. №12 ст. 1383.*
3. *Федеральный закон от 14 февраля 2009 г. №22-ФЗ «О навигационной деятельности» // Российская газета от 18 февраля 2009 г. №27.*
4. *Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета от 14 апреля 2010 г. №78.*
5. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета №263 от 23.11.2011.*
6. *Постановление Правительства РФ от 25.03.2015 №272 «Об утверждении требований к антитеррористической защищенности мест массового пребывания людей и объектов (территорий), подлежащих обязательной охране войсками национальной гвардии Российской Федерации, и форм паспортов безопасности таких мест и объектов (территорий)» // Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru – 03.04.2015.*
7. *Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 6 сентября 2010 г. №36.*

8. *Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 ноября 2016 года №178 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.4.2318-08» // Официальный интернет-портал правовой информации» www.pravo.gov.ru 21 декабря 2016 г.*
9. *Приказ Минтранса РФ от 27 марта 2012 г. №81 «Об утверждении Требований к здравпункту аэровокзала гражданской авиации» // Российская газета от 11 июля 2012 г. №156.*
10. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 24 декабря 2012 г. №52.*
11. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 г. №911н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях» // Российская газета от 11 апреля 2013 г. №78/1.*
12. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. №36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» // Официальный интернет-портал правовой информации» www.pravo.gov.ru 29 февраля 2016 г.*
13. *Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июня 2013 г. №378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения» // Российская газета от 28 августа 2013 г. №190.*
14. *Приказ Министерства транспорта РФ от 16 сентября 2015 г. №276 «О внесении изменений в Федеральные авиационные правила «Требования к членам экипажа воздушных судов, специалистам по техническому обслуживанию воздушных судов и сотрудникам по обеспечению полетов (полетным диспетчерам) гражданской авиации», утвержденные приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 12 сентября 2008 г. №147» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 7 декабря 2015 г. №49.*

15. *Приказ Министерства транспорта РФ от 18 июля 2017 г. №263 «О внесении изменения в Федеральные авиационные правила «Подготовка и выполнение полетов в гражданской авиации Российской Федерации», утвержденные приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 31 июля 2009 г. №128» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru*
16. *Приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 15 февраля 2016 г. №24 «Об утверждении Порядка предоставления пассажирам из числа инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности услуг в аэропортах и на воздушных судах» // Российская газета от 4 апреля 2016 г. Выпуск №6938(70).*
17. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. №33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н» // Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 14 марта 2016 г.*
18. *Методические рекомендации. Обеспечение воздушных судов гражданской авиации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями» (утв. Росавиацией 09.12.2013) // www.garant.ru*
19. *Пресс-служба аэропорта Шереметьево «Международный аэропорт Шереметьево дает разъяснения по вопросам относительно трагического случая на рейсе №831 от 5 сентября 2014 года».*

Об авторах:

Завадская Татьяна Федоровна – студентка лечебного факультета ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: za-t@mail.ru

Zavadskaya Tatyana Fedorovna – student of medical faculty First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель: Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, доцент, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Scientific adviser: Julia Vladimirovna Pavlova – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

© Завадская Т.Ф., 2017

Зиганурова З.З.

СОВРЕМЕННОЕ ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «С» В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В настоящей статье раскрываются вопросы стандартов лечения, диагностики, профилактики хронического гепатита С, проблемах правового регулирования и обеспечения лекарственными препаратами больных.

Ключевые слова: *хронический гепатит С, законодательство Российской Федерации, диагностика, лечение, профилактика.*

Zilya Z. Ziganurova

MODERN LEGAL STATUS OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF CHRONIC HEPATITIS «C» IN RUSSIAN FEDERATION

This article reveals the questions of standards of treatment, diagnosis, prevention, chronic hepatitis C, problems of legal regulation and provision of medicines of patients.

Key words: *chronic hepatitis C; the legislation of the Russian Federation in the sphere of diagnostics, treatment and prevention of hepatitis C.*

Проблема вирусного гепатита С находится в центре внимания медицинской науки и практического здравоохранения. Высокие показатели заболеваемости, поражение наиболее трудоспособного населения, формирование хронических форм болезни с исходами в цирроз и рак печени – всё это определяет повышенное внимание широкой общественности к данной актуальной проблеме.

Во всем мире около 185 млн человек инфицированы вирусом гепатита С, причем у 130-150 млн заболевание носит хронический характер [3]. По данным ВОЗ, гепатит С распространен во всех точках мира, но в наибольшей степени – в Африке, в Центральной и Восточной Азии. В России, по расчетным данным, вирусом гепатита С инфицированы примерно 3,5-4 млн человек.

Острая форма гепатита С протекает относительно недолго, зачастую несколько недель и редко угрожает жизни человека, около 15-30% заболевших могут избавиться от вируса в течение 6 мес. после заражения без какого-либо лечения благодаря иммунной защите организма, остальные 70-85% болеют хронический гепатитом, который длится годами и в итоге у 15-30% из нихразвивается цирроз или рак печени [3].

Основной способ заражения гепатитом С – через кровь. Чаще всего он передается:

- в результате употребления инъекционных наркотиков при совместном использовании устройств для инъекций;
- в медицинских учреждениях из-за повторного использования или недостаточной стерилизации медицинского оборудования, особенно шприцев и игл;
- при переливании непроверенной крови и продуктов крови;
- при выполнении пирсинга и татуировок инструментами, загрязненными кровью больного или носителя инфекции;
- при совместном использовании бритв, маникюрных принадлежностей, и даже зубных щеток (причиной будет попавшая на них инфицированная кровь).

При незащищенном половом контакте с носителем вируса вероятность передачи составляет 3-5% и может передаваться от инфицированной матери ее младенцу.

Гепатит С не передается через грудное молоко, пищевые продукты, воду или при безопасных контактах, например, объятиях, поцелуях и употреблении продуктов или напитков совместно с инфицированным лицом [1].

Проблема вирусного гепатита С: проблема своевременной диагностики и лечения.

Основной проблемой диагностики, лечения и профилактики гепатита С является наличие у вируса дефектного гена, который вызывает высокую мутационную активность вируса. Это приводит к тому, что иммунитет человека не успевает выработать соответствующие антитела, следовательно, нет иммунного ответа организма. Именно из-за высокой изменчивости вируса HCV до сих пор не разработана вакцина, что затрудняет профилактику данного заболевания. Тем временем заболевание прогрессирует, но так как на ранних стадиях нет клинических проявлений болезни, человек, к сожалению, узнает о своей болезни на стадии рака

или цирроза печени.

Поскольку ВГС был открыт лишь в 1989 году – история его лечения невелика. При этом можно выделить три основных ее этапа:

- Стандартная интерфероновая терапия с низкой эффективностью (10-12%). Длительность лечения от 6 до 12 месяцев. Частые рецидивы болезни после терапии. Впоследствии появилась комбинация интерферонов с Рибавирином. Эффективность терапии гепатита выросла до 40%.
- В 2000 году появились пегилированные интерфероны. Лечение требовало укола 1 раз в 7 дней. Эффективность лечения повысилась до 50-70%, но продолжительность курса все равно достигала 1 года, сохранялось большое количество побочных эффектов.
- К декабрю 2013 года было синтезировано и введено в клиническую практику вещество софосбувир и лекарства на его основе. Эффективность лечения, повысилась до 75-80%. Продолжительность лечения сократиласьдо 3-х месяцев. Процент рецидивов 10-20%. В последние два года стали появляться другие новые средства, оказывающие прямое подавляющее действие на вирус, например, ледипасвир и даклатасвир. Лечение с комбинацией софосбувира и ледипасвира или даклатасвира, позволило достигнуть 95-98-процентного эффекта [2].

Регистрируемая заболеваемость ХГС имеет выраженную тенденцию к росту. Стартовав в 1999 г. с показателя 12,9 на 100 тыс., к 2012 г. заболеваемость достигла уровня 39,1 на 100 тыс., то есть увеличилась более чем в 3 раза, в 2013 г. она составила 32,26 на 100 тыс. населения в целом по стране.

В Российской Федерации, как и во всем мире уделяется большое внимание борьбе против гепатита С на законодательном уровне.

Согласно постановлению Правительства РФ от 01.12.2004 №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями и дополнениями), гепатит – это особо опасное, социально значимое заболевание [7]. В Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» оказание

медицинской помощи больным гепатитом С вынесено в отдельную 43 статью [11].

На данный момент на территории Российской Федерации действует множество нормативно-правовых актов, направленных на диагностику и лечение гепатита С. В их число входят:

- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-00. «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами» (Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 1 февраля 2000 г.).
- Приказ Минздрава РФ от 21 октября 2002г. №322 «О применении в практике здравоохранения иммуноферментных тест-систем для выявления поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) и антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) в сыворотке крови человека».
- Приказы Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012г. №685н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С».
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013г. №58 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С».
- Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Несмотря на немалое количество нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы, связанные с ВГС, качественно все они требуют серьезных доработок.

Так, например, в России отсутствует так называемый профильный закон, который бы объединил и систематизировал всё имеющееся законодательство по вопросам обследования, лечения и профилактики гепатитов (например, в отношении ВИЧ-инфекции действует отдельный закон, который существенно облегчает вопрос его применения в практике [5]).

В 2014-ом году министерством здравоохранения Российской

Федерации были разработаны рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С. Рекомендации включают в себя разделы, посвященные скринингу и диагностике острого и хронического гепатита С, алгоритмы обследования пациентов и этиотропного лечения острого и хронического гепатита С. Подробно рассмотрены показания и противопоказания к терапии, противовирусное лечение с применением двойной и тройной схемы терапии, нежелательные явления лекарственной терапии и методы их коррекции, реакции взаимодействия между лекарственными средствами, лечение отдельных групп пациентов и др. [14]. Данный документ полностью описывает стандарты лечения гепатита С у взрослых, включая наименование препаратов, подлежащих применению в лечении. Однако, в руководстве описываются уже устаревшие схемы лечения с применением препаратов интерферонового ряда. В то время как ВОЗ рекомендует схему лечения препаратами прямого действия – Софосбувир, Даклатасвир и комбинированными препаратами Софосбувир/Ледипасвир [1]. Стоить отметить, что интерфероновые схемы лечения не помогают пациентам со 2-м и 3-м генотипами гепатита С [12]. Так же, интерфероновые схемы лечения недопустимы при фиброзах печени, в отличии от лечения препаратами прямого действия, что является серьезным препятствием в лечении больных с хроническим гепатитом С.

Современные препараты так же не включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) для медицинского применения на 2017 г [9], основными законодательными документами, которого являются Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) и Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Отсутствие современных препаратов прямого противовирусного действия в списке ЖНВЛП говорит о невозможности получения данных препаратов за счет государственных средств во время лечения гепатита С [11]. В свою очередь, согласно американскому сервису для поиска лекарств GoodRx, препараты

прямого действия для лечения гепатита С вошли в список самых дорогих лекарств 2017 года. Стоимость курса лечения запатентованным лекарством в России обойдется в 1 млн рублей, [8] и соответственно является неподъемной суммой для подавляющего большинства населения Российской Федерации.

Несмотря на серьезные проблемы в лекарственном обеспечении больных гепатитом С в РФ, существуют примеры регулирования данного вопроса в рамках одной больницы или региона. Так, например, противовирусный препарат прямого действия (ПППД) Софосбувир сейчас закупается Боткинской больницей [12].

Главный инфекционист СЗФО Е. Эсаленко в своем публичном выступлении отметила, что лечение ВГС необходимо включать в тарифные планы программы ОМС. При этом таких прецедентов в России пока не было. А случай закупки Боткинской больницей дорогого препарата связан с заражением врачей при контактах с больными инфицированными ВГС, для их лечения [12].

В январе 2017 года вступило в силу постановление Правительства РФ от 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», где в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, включена модель пациента с хроническим гепатитом С. Это говорит о том, что пациент с хроническим гепатитом С уже может рассчитывать на бесплатную медицинскую помощь с применением препаратов ППД в условиях стационара или дневного стационара в медицинских учреждениях, определенных приказом Минздрава России от 30.11.2016 №916н (ред. от 28.09.2017) «Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.12.2016 №44761).

К сожалению, возможность получения бесплатной высоко-

технологичной медицинской помощи (ВМП), на практике ограничиваются рядом факторов, такими как:

- недостаточная информированность врачей;
- ограниченность количества квот на ВМП.

Согласно п. 3 ч. 1 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [18]. Однако, судебная практика показывает, что данное положение соблюдается не всегда и даже возможность взыскания затраченных средств на лечение у лечебного заведения является практически невозможным [17]. В свою очередь, анализ информированности врачей о высокотехнологической медицинской помощи проведенный в Астрахани и Астраханской области среди 205 врачей 2016 году показало, что только половина опрошенных имеют полное представление о ВМП [16]. Можно предположить, что и в остальных регионах наблюдается похожая картина.

В январе 2018-го года вступит в силу распоряжение Правительства РФ от 23.10.2017 №2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» в котором включены препараты прямого противовирусного действия. Но, к сожалению, комиссия отказалась включать в список софосбувир, который, на данный момент не имеет аналогов. [14] В результате, в списке ЖНВЛП опять отсутствуют варианты для лечения препаратами прямого противовирусного действия хронического вирусного гепатита С, вызванного вирусами II и III генотипов, которые наиболее распространены в РФ.

Законодательное сопровождение диагностики, профилактики и лечения ВГС нуждается в переосмыслении стоящих перед медицинской наукой и практикой задач и требует серьезных доработок. На данное обстоятельство указывают и внедряемые индивидуальные программы по лекарственному обеспечению больных в рамках больниц и отдельных регионов [12].

Для улучшения положения законодательной базы РФ в урегулировании вопросов, связанных диагностикой, лечением и профилактикой гепатита С необходимо:

- единый законодательный акт, объединяющий все нормативно-правовые акты, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой гепатита С;
- и принять обновленные стандарты оказания медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами;
- препятствия, мешающие включению в список ЖНВЛП препаратов прямого противовирусного действия для лечения хронических вирусных гепатитов;
- повсеместную пропаганду диагностирования гепатита С и обеспечивать доступ к любым видам информирования медицинского персонала и общества, как правового и специального клинического характера.

Список литературы:

1. *Гепатит С. Информационный бюллетень. Апрель 2017 г. // Всемирная организация здравоохранения. URL:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/ru/(дата обращения: 22.10.2017).*
2. *Гепатит С: «ускользающий убийца» побежден, осталось спасти печень. // Новости РФ. Комсомольская правда. URL: https://www.kp.ru/daily/26411/3286486/ (дата обращения: 22.10.2017).*
3. *Быковченко И., Прожерина Ю., Денисова М. «Гепатит ни А, ни В сегодня» // РЕМЕДИУМ. 2016. №9. С. 37-43.*
4. *Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».*
5. *Федеральный закон от 30.03.1995 №38-ФЗ (ред. от 23.05.2016) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфек-*

ции)» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017)

6. Приказы Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012г. №685н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С».
7. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 №715 (ред. от 13.07.2012) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
8. Российские больные с гепатитом С берут новый курс // Издательский дом Коммерсантъ URL: https://www.kommersant.ru/doc/3324837 (дата обращения: 22.10.2017).
9. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2016 г. №2885-р «О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2017 г.».
10. Трифонова Г.Ф., Левакова И.А., Болсун Д.Д., Мукомолов С. Л. Острый и хронический гепатит С в Российской Федерации в 1994-2013 гг. // Инфекция и иммунитет. 2014. №3.
11. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. федеральных законов от 25.06.2012 №89-ФЗ, от 25.06.2012 №93-ФЗ).
12. В Петербурге заразившихся гепатитом С врачей вылечат самым дорогим препаратом // ДокторПитер.ру URL: http://doctorpiter.ru/articles/18034/ (дата обращения: 28.10.2017).
13. Распоряжение Правительства РФ от 23.10.2017 №2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».
14. Рекомендации «Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С».
15. Что дадут пациентам с гепатитом изменения в перечне жизненно важных лекарств // ДокторПитер.ру URL: http://doctorpiter.ru/articles/17815/ (дата обращения: 05.11.2017).
16. Набережная И.Б., Набережная Ж.Б., Захаров Д.А., Сурхаева Э.Н. «Анализ информированности врачей о высокотехнологичной медицинской помощи» // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. №1. С. 202-204.
17. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи // Юридический портал «Мониторинг правоприменения» URL: http://www.monitoring.law.edu.ru/kategorii_del/medicinskoe_pravo/okazanie_vysokotehnologichnoj_medicinskoj_pomowi/index.html (дата обращения: 05.11.2017).
18. Каменская Н.А. Анализ правоприменительной практики по вопросам предоставления объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования//Медицинское право: теория и практика. 2016. Том 2. №2 (4).

Об авторах:

Зиганурова Зиля Зайтуновна – студентка четвертого 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 – кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права 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: uracadem@yandex.ru

Ziganurova Zilya Zaitunovna – a fourth-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

Bobrovskaya Olga Nikolaevna – candidate of legal Sciences, associate Professor of medical law 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

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

Коновалов Д.Д.

КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ИНСТИТУТА ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Соблюдение врачебной тайны является конституционно-правовым и профессионально-этическим требованием. Данный институт можно рассматривать в качестве: гарантии конституционных прав на тайну частной жизни лица и на охрану здоровья и медицинскую помощь; особого правоотношения между врачом и пациентом; субъективного права пациента и его близких родственников; юридической обязанности врача по её неразглашении и государства по её охране.

Ключевые слова: *врачебная (медицинская) тайна, профессиональная тайна, признаки врачебной тайны, субъект медицинской тайны, конституционные права, конституционные гарантии.*

Dmitry D. Konovalov

CONSTITUTIONAL LEGAL ANALYSIS OF THE INSTITUTION OF MEDICAL SECRECY

The confidentiality of medical secrecy is a constitutional and legal, professional and ethical requirement that demands detailed legal regulation. This institution can be considered as the guarantee of the constitutional rights to the person's privacy, the protection of health, medical care; special relationship between the doctor and the patient; subjective patient and his close relatives right; the legal duty of the doctor for its non-disclosure and the state for its protection.

Key words: *medical (medical) secret, professional secret, signs of medical secret, the subject of medical secret, constitutional rights, constitutional guarantees.*

Конституция Российской Федерации, запрещая сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия (статья 24, часть 1), одновременно гарантирует каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь (статья 41, часть 1). С двумя этими конституционными правами непосредственно связан институт врачебной тайны [3, 5].

Врачебной тайной являются сведения, которые охраняются в соответствии с Конституцией РФ (ст. 24, 41), законодательством об охране здоровья граждан, связанные с оказанием лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, медицинской помощи своему пациенту. Соблюдение врачебной тайны является конституционно-правовым и профессионально-этическим требованием и нуждается в детальной правовой регламентации. Данный институт можно рассматривать в качестве:

1. гарантии конституционных прав на тайну частной жизни лица и на охрану здоровья и медицинскую помощь;
2. особого правоотношения между врачом и пациентом;
3. юридической обязанности врача по её неразглашении и государства по её охране;
4. субъективного права пациента и его близких родственников.

Отношения, связанные с соблюдением врачебной тайны, регулируются статьей 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Данная статья указывает на сведения, которые составляют врачебную тайну (перечень сведений, составляющих врачебную тайну, является открытым), и устанавливает случаи, в которых врачебная тайна может быть разглашена без согласия пациента (гражданина или его законного представителя) [8].

Устанавливая конфиденциальность сведений, составляющих врачебную тайну, законодатель гарантирует право каждого на тайну частной жизни [4]. Предоставление информации о состоянии здоровья пациента по общему правилу допускается только с его письменного согласия или с письменного согласия его законного представителя. Данное положение обеспечивает и право на охрану здоровья, т.к. квалифицированная и качественная медицинская помощь может быть оказана пациенту только в том случае, если он доверяет информацию личного характера, связанную со своим состоянием здоровья, лечащему врачу.

Врачебная тайна носит комплексный характер, т.к. к сведениям, её составляющим относятся медицинские данные и информация, относящаяся к личной жизни пациента и его семьи, в том числе информация о пациенте, которая составляет персональные данные лица, обратившегося за медицинской помощью [1, 7].

В Определении от 09.06.2015 №1275-О по жалобе гражданина Зубкова Владимира Николаевича Конституционный Суд Российской Федерации указал, что законодательство о персональных данных, в качестве исключения, предусматривает возможность

обработки персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинской помощи. Однако, при условии, что такая обработка осуществляется медицинским работником, который обязан в соответствии с Конституцией и законодательством Российской Федерации хранить врачебную тайну [5].

Институт врачебной тайны предполагает наличие специального субъекта, обязанного хранить сведения, связанные с осуществлением своей профессиональной деятельности [1]. За разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, медицинский работник должен привлекаться к гражданско-правовой, административной или уголовной ответственности. Привлечение лица, нарушившего запрет по неразглашению врачебной тайны, является обязанностью государства в соответствии со статьей 2 Конституции Российской Федерации [3].

Рассматривая институт врачебной тайны с конституционно-правовой точки зрения, можно утверждать, что со статьей 24 конкурирует статья 29 Конституции Российской Федерации, которая закрепляет право каждого свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию любым законным способом. Медицинская информация, непосредственно касающаяся не самого гражданина, а его умерших близких (родственника, супруга и т.д.), как связанная с памятью о дорогих ему людях, может представлять для него важность, а потому отказ в ее получении существенно затрагивает его права. В то же время подобная информация составляет врачебную тайну не только при жизни лица, но и после его смерти [3, 5].

Часть 5 статьи 67 данного Федерального закона «Об охране здоровья граждан» устанавливает, по сути, изъятие из общего правила о запрете предоставления таких сведений: в соответствии с ней заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику, а при их отсутствии – иным родственникам либо законному представителю [5].

В случае, когда сведения о причине смерти и диагнозе заболевания пациента доступны заинтересованному лицу в силу закона, сохранение врачебной тайны не может во всех случаях быть

оправдано, особенно с учетом мотивов и целей обращения за такими сведениями. В подобных ситуациях суд или прокурор могут на основе принципов соразмерности и справедливости принять решение о необходимости ознакомить заинтересованное лицо со сведениями, относящимися к истории болезни умершего пациента, в той мере, в какой это необходимо для защиты прав заявителя и прав умершего лица.

Данный вопрос должен быть разрешен путем внесения изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которые бы предусматривали конкретные правовые механизмы доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну умершего лица его близких родственников. При этом нужно учесть конституционные требования и сформулированные на их основании правовые позиций Конституционного Суда Российской Федерации в целях соблюдения разумного баланса прав и интересов всех субъектов соответствующих правоотношений.

Предполагаю, что статья 13 данного закона может быть дополнена следующими положениями:

1. Близкие родственники умершего лица имеют право на получение информацию о причине его смерти, предпринятых мерах медицинского вмешательства и рекомендациях врача, дававшихся умершему лицу, даже в том случае, если такие сведения охраняются врачебной тайной постольку, поскольку эти сведения связаны с памятью о члене семьи и поэтому представляют значимость для близких родственников.

2. Такие сведения подлежат разглашению на основании решения суда с учетом разумного баланса прав и интересов умершего лица и его близких родственников. Суд выносит такое решение по заявлению управомоченного лица в особом порядке.

Рассмотрим проект Федерального закона «О внесении ряда изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» по вопросу о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, после смерти лица» [6].

Авторы законопроекта предлагали внести изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Россий-

ской Федерации», предусматривающие предоставление заключения о причине смерти и диагнозе заболевания, а также иных сведений, составляющих врачебную тайну, в случае смерти пациента супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), а также наследникам умершего по их требованию. При этом пациент имел бы право выразить прижизненный запрет на предоставление соответствующей информации или определить иное лицо, которому она может быть предоставлена в случае смерти.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрена презумпция несогласия умершего пациента на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, заинтересованным лицам и определен исчерпывающий перечень случаев, в которых допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

Авторы законопроекта не учли, что личные неимущественные права и другие нематериальные блага не входят в состав наследства. Поэтому исключается возможность использования понятия «наследник» при регулировании рассматриваемых правоотношений. Данный законопроект был отклонен [6].

Соблюдение врачебной тайны является одним из основных принципов охраны здоровья, гарантией соблюдения конституционных прав человека и гражданина и конституционно-правового статуса личности.

Список литературы:

1. *Авходиев Г.И., Кузьмина О.В., Жигмитдоржиева Д.Б. Актуальные проблемы охраны врачебной тайны // Забайкальский медицинский вестник. 2011. №2.*
2. *Бурмейстер И.А. Медицинская (врачебная) тайна // Сибирский юридический вестник. 2008. №2.*
3. *Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ, от 05.02.2014 №2-ФКЗ, от 21.07.2014 №11-ФКЗ) // Официальный интернет-портал правовой информации http:www.pravo.gov.ru. 2017. 31 августа.*
4. *Махник О.П. Конституционное право на личную и семейную тайну. Врачебная тайна // Конституционное и муниципальное право. 2006. №8.*
5. *Определение Конституционного Суда РФ от 09.06.2015 №1275-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Зубкова Владимира Николаевича на нарушение его конституционных прав частями 2, 3 и 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 31.10.2017).*
6. *Проект №925329-6 Федерального закона «О внесении ряда изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» по вопросу о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, после смерти лица». СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 31.10.2017).*
7. *Пушкарева А.Н. Врачебная тайна как вид гражданско-правовой тайны по законодательству Российской Федерации: современное состояние, защита и тенденции правового регулирования в свете повышения уровня правовой культуры граждан // Правовая культура. 2017. №2.*
8. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 13.07.2015) // СЗ РФ. 2011. №48. ст. 6724.*

Об авторе:

Коновалов Дмитрий Денисович – студент юридического факультета Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, e-mail: dimakonovalovn@mail.ru

Konovalov Dmitry Denisovich – Student of the Law Faculty of the Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow

© Коновалов Д.Д., 2017

Кузьмин К.В., Паршутина А.А.

ПРЕЗУМПЦИЯ СОГЛАСИЯ НА ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ ПОСЛЕ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Статья посвящена анализу законодательства и судебной практики в сфере донорства органов и их трансплантации, а именно презумпции согласия на изъятие органов после смерти человека. Предложены различные варианты развития и пропаганды донорства в России с учетом опыта и практического внедрения новых донорских программ в ведущих странах мира.

Ключевые слова: *презумпция согласия, донорство органов, трансплантация, пропаганда донорства, новые донорские программы, судебная практика, медицинское право.*

Kirill V. Kuzmin, Alexandra A. Parshutina

PRESUMED CONSENT FOR DECEASED ORGAN DONATION: LEGISLATIVE PROBLEMS AND FUTURE DIRECTIONS

This article analyzes the legislation and judicial practice in the field of organ donation and transplant, specifically the presumed-consent (opt-out) system for deceased organ donation. Different ways of development and public awareness campaigns of organ donation in Russia are suggested, considering experience and practical introduction of new donation programs in leading countries of the World.

Key words: *presumed-consent (opt-out) system; donation of organs; transplantation; public awareness campaigns; new donation programs; judicial practice; medical law.*

В мировой юридической практике существуют две модели, регулирующие посмертное изъятие органов – презумпция согласия (предполагаемое согласие) и презумпция несогласия (испрошенное согласие). Модели испрошенного согласия придерживаются такие государства, как США, Канада, Австралия, Германия, Бразилия, Мексика, Израиль, Нидерланды и Япония. Другие страны, такие как Австрия, Испания, Франция, Бельгия, Италия, Финляндия, Швеция, Польша и Россия законодательно закрепили модель презумпции согласия на изъятие органов умершего человека для трансплантации [6].

В соответствии с действующей в нашей стране презумпцией согласия предполагается, что каждый россиянин изначально

согласен, что его органы после смерти будут использованы для пересадки другому человеку (априорное согласие человека на посмертное донорство). Врачи в установленном порядке могут изымать органы и ткани у трупа для трансплантации, если сам умерший или его родственники, или законный представитель не высказали несогласия на донорство.

Вместе с тем, важнейшим условием для реализации права человека или его родственников на отказ от изъятия органов, является полная информированность населения о сути этого права и о механизмах фиксации своего отказа. Однако на сегодняшний день большинство населения не знает, что по закону все россияне согласны быть донорами, и врач не обязан спрашивать согласия у родственников умершего. Более того, большинство населения не обладает правовыми знаниями в области донорства и трансплантации и плохо осведомлено о своих правах и механизме оформления прижизненного отказа.

Положительной же стороной презумпции согласия является то, что этот принцип формирует источник большего количества органов для трансплантации. Это происходит за счет того, что органы изымаются у тех, кто не выражал никакого мнения по этому поводу, и для врачей существенно облегчается процедура получения органов.

В юридической практике существует и другой подход к закреплению механизма волеизъявления относительно изъятия органа после смерти человека – принцип презумпции несогласия. В соответствии с ним предполагается, что каждый человек заранее не согласен с тем, что его органы будут пересажены другому человеку. Органы можно изъять только в случае получения прижизненного согласия от самого человека, либо согласия родственников после его смерти. В зависимости от того, обладают ли родственники правом принимать решение, различают два варианта принципа презумпции несогласия: принцип узкого согласия и принцип расширенного согласия. Принцип узкого согласия предполагает учет только мнения потенциального донора, при этом волеизъявление родственников не учитывается. При расширенном согласии учитывается не только волеизъявление

донора при жизни, но и родственников донора после его смерти. Последний вариант наиболее распространен в Европе. К минусам данной модели относят потенциальное снижение количества органов для трансплантации, за счет более сложной процедуры получения согласия на посмертное донорство.

К недостаткам принципа презумпции несогласия относят отсутствие желания родственников в момент внезапной смерти близкого человека давать согласие на изъятие органов [18]. Для устранения этого недостатка трансплантологи Германии и скандинавских стран предлагают следующее решение, которое еще называют принцип информационной модели. В соответствии с ним родственники не должны сразу принимать решения о разрешении изъятия органов. После информирования их о возможности трансплантации (изъятия) органов, они в течение установленного времени могут выразить свое согласие или несогласие. При этом в беседе с родственниками также подчеркивается, что если в течение установленного срока несогласие не будет выражено, то трансплантация осуществится. После беседы родственники обязаны будут сообщить в соответствующей форме, что им ясны варианты действий [14].

Каждая донорская модель позволяет достичь различных результатов по количеству доноров органов, однако успешность донорства во многом зависит как от позиций медицинского сообщества, так и от мнения и установок общества относительно данных практик. Выбор той или иной модели донорской системы не может проистекать безотносительно социокультурного контекста конкретной страны.

В России донорство и трансплантация органов и тканей человека регулируется специальным федеральным законом – Законом РФ от 22 декабря 1992 г. №4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (далее – Закон о трансплантации), который на протяжении уже 25 лет не подвергался существенным изменениям и требует более тщательной доработки в части регламентации донорства органов [10].

Закон о трансплантации дал законодательную основу развитию трансплантологической помощи населению РФ. Он регламентирует действия врача при пересадке органов, определяет условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека, учитывая рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения. Основополагающей статьей данного закона является Статья 8: Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей. Она закрепила четкую и недвусмысленную модель презумпции согласия – запрет на изъятие органов в случае, когда учреждение здравоохранения на момент изъятия было поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники заявили о своем несогласии на него [2]. Ключевыми положениями закона является закрепление перечня органов для трансплантации и учреждений, проводящих пересадку органов, а также механизм коллегиального подтверждения факта смерти человека. Законодатель предполагал, что принятие этого закона повысит количество выполняемых операций за счет большего количества изымаемых донорских органов.

Стремление федерального законодателя развивать и совершенствовать законодательство в области донорства и трансплантации органов и тканей человека реализовалось в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1]. ст. 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)» указанного закона предусматривает полную правовую регламентацию общественных отношений в сфере донорства органов как необходимого условия трансплантации. Одним из нововведений явился переход от презумпции согласия к двойственной модели: презумпция согласия на изъятие органов у совершеннолетних и дееспособных граждан и информированное добровольное согласие одного из родителей на изъятие органов после смерти у несовершеннолетнего и недееспособного лица) [7]. Также было введено посмертное донорство несовершеннолетних (в возрасте старше 1 года), более подробно прописаны механизмы прижизненного волеизъявления гражданина о согласии или несогласии на изъятие органов после смерти.

В большинстве случаев медицинские работники склонны обращаться к родственникам покойных с просьбой подтвердить

отсутствие претензий, несмотря на презумпцию согласия. Это вызывает потерю драгоценного времени, возможную утрату донорского органа. В то же время ни один законодательный акт не обязывает медицинскую организацию обращаться к родственникам умершего за согласием на изъятие донорских органов. Как следствие, возникают судебные разбирательства: родственники посмертных доноров обращаются как в суды общей юрисдикции с требованием о компенсации морального вреда, так и в Конституционный Суд РФ с требованием о признании статьи 8 Закона о трансплантации не соответствующей Конституции РФ.

Конституционный Суд РФ (далее – КС) в своем определении отразил следующую позицию:

1. Презумпция согласия базируется, с одной стороны, на признании негуманным задавать родственникам практически одновременно с сообщением о смерти близкого человека, либо непосредственно перед операцией вопрос об изъятии его органов (тканей). С другой стороны – на предположении, обоснованном фактическим состоянием медицины в стране, что на современном этапе развития трансплантологии невозможно обеспечить выяснение воли указанных лиц после кончины человека в сроки, обеспечивающие сохранность трансплантата.

2. Кроме того, российское законодательство не препятствует гражданам зафиксировать в той или иной форме (в том числе нотариальной) и довести до сведения учреждения здравоохранения свое несогласие на изъятие у них органов и (или) тканей после смерти в целях трансплантации, причем нарушение соответствующего волеизъявления влечет наступление юридической ответственности [4].

В соответствии с определением суда, статья 8 Закона о трансплантации была признана соответствующей Конституции РФ и не нарушающей права граждан. Вместе с тем КС выразил опасения, что вопросы, связанные с реализацией права волеизъявления гражданина о своем несогласии на изъятие органов и тканей, требуют дальнейшей комплексной разработки и более детальной регламентации, а механизмы информирования граждан о действующем правовом регулировании – активного развития и существенного совершенствования [9].

Министерством здравоохранения РФ в 2013 году был разработан проект Федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» (далее – Проект) [3]. В главе 3 законопроекта регламентируются права человека и медицинской организации согласно презумпции согласия, а так же действия, необходимые для регистрации волеизъявления человека (или его родственников) о согласии или несогласии на посмертное донорство органов, с соответствующим занесением полученной информации в медицинскую документацию и федеральные регистры (ст.ст. 18–25). Закреплены формы выражения волеизъявления: в письменной нотариально заверенной, в устной в присутствии свидетелей. Прописан порядок изменения волеизъявления. Обозначены сроки информирования родственников о смерти и учет их мнения о посмертном изъятии органов, прописан приоритет прижизненного волеизъявления донора. Вводятся Федеральные регистры доноров органов, реципиентов и донорских органов.

В Проекте прописаны и определены механизмы трансплантационной координации, благодаря которой должно быть налажено взаимодействие лицензированных лечебных учреждений, в которых донорские органы изымаются, и трансплантационных центров, где выполняются операции по пересадке органов и тканей. Законопроект предусматривает учреждение должности координатора по трансплантации, который производит мониторинг процесса донорства органов человека в целях трансплантации. В целях осуществления добровольного донорства органов человека и их трансплантации, осуществляются просвещение населения и его информирование о донорстве как средстве спасения жизни и восстановления здоровья человека, о правовом регулировании отношений, связанных с пересадкой органов и тканей. Механизмы информирования закреплены и осуществляются через СМИ посредством организации тематических конференций и использования других способов информирования населения.

Следует отметить, что в России, несмотря на закрепление модели презумпции согласия существует острый дефицит донорских органов. По данным Минздрава России [5] в 2016 году было проведено 1703 операции по трансплантации органов, при необ-

ходимости в проведении более 9 тыс. таких операций. В связи с этим возникает ряд вопросов:

- Влияет ли выбор законодательной модели на уровень донорства?
- Поддерживается ли эта система общественным мнением?
- Должно ли учитываться мнение родственников при посмертном донорстве и как на него повлиять?
- Какие не законодательные стратегии развития должны быть приняты для увеличения количества трансплантаций?

В России изучению проблематики донорства органов было посвящено социологическое исследование Левада-Центра [11, 12]. По данным всероссийского опроса и общественного мнения об информированности населения – 15% смогли оценить знания как достаточные, и более 75% считают их недостаточными. Следовательно, введение презумпции согласия не подкрепляется должным уровнем осведомленности населения. Мнение россиян о согласии на донорство органов после смерти негативно – по результатам опроса 22% выразили бы согласие и 15% зафиксировали бы отказ. Можно предположить, что те, кто не был готов на данный момент высказать свою позицию (51%), стоит рассматривать как сторонников «скрытого отказа», т.е. они не желают становиться донорами при объективно низкой осведомленности по этому вопросу. Специальный анализ показал, что среди тех, кто готов стать прижизненным донором для своего ребенка или близкого друга, почти в 3 раза повышается вероятность выражения согласия на посмертное донорство, и в 2,5 раза – у людей, получивших позитивную информацию из СМИ.

В Европе 55% населения не исключает возможность завещать свои органы в случае смерти. В России данный показатель несколько ниже среднеевропейского уровня и составляет 46%. Анализ показателей по 30 европейским странам свидетельствует о том, что по соотношению общественного одобрения и реального участия в подобной практике страны можно разделить на четыре группы:

1. Первая группа стран с высокими показателями общественного одобрения и донорской активностью свидетельствует о результате предпринятых организационных, правовых и информационных усилий.
2. Вторая группа характеризуется достижением баланса между уровнем социального одобрения и количеством фактических посмертных доноров на миллион населения.
3. Третья группа стран имеет несоответствие высокого уровня общественного одобрения и проявления фактической донорской активности. Эта группа стран представляет нереализованный потенциал для расширения донорского ресурса.
4. Четвертая группа стран, к которой относится и Россия, характеризуется низкими показателями в обоих направлениях.

Взаимосвязанность информированности и социальной сплоченности общества в данном направлении определяет необходимость просветительских программ и информационной поддержки для повышения донорской активности населения.

Однако, как показали результаты социологического исследования «Даруя жизнь», проведенного по инициативе фонда «Региональная платформа» при участии центра трансплантологии им. академика В.И. Шумакова [13], в котором были опрошены 1500 человек из 30 регионов страны, россияне не готовы становиться донорами органов после своей смерти. Одна из главных причин этого – нежелание россиян пожертвовать свои органы для спасения других людей. Таких, по данным исследования, почти половина. Так, »не вполне готовы» или «совсем не готовы» завещать свои органы для пересадки после смерти 13,4 и 12,3% соответственно. Еще 19,8% затруднились с ответом. Готовы стать донорами 23,8%, а «скорее готовы» – 31,4%. При этом дать согласие на изъятие органов умершего родственника готовы 47,7% опрошенных. «Скорее не дадут» и «точно не дадут» – 25,9%. 22,5% респондентов не готовы становиться донорами после смерти из-за страха перед манипуляциями над человеческим телом. 20,9% опрошенных – из-за недоверия к системе здравоохранения, включая систему трансплантации органов. 23% опрошенных боятся, что врачи не будут спасать пациента, зная, что тот дал согласие на посмертное донорство. В 26% не указали причину отказа. Противников донорства по религиозным убеждениям 12,8%.

Рассмотрим примеры возможных путей развития и совершенствования донорства, исходя из мирового опыта. В статье «Opt-out organ donation: on evidence and public policy» (Презумпция согласия на донорство органов: на основании доказательств и государственной политики) [18] авторы рассматривают переход от презумпции несогласия к презумпции согласия и анализируют возможное увеличение или снижение уровня донорства органов. Также авторы затрагивают вопрос, на чем, помимо законодательства, нужно сконцентрировать усилия для увеличения донорства. Посмертное донорство в Великобритании регулируется Актом о тканях человека (2004) и закрепляет систему презумпции несогласия на донорство. В 2008 году рабочая группа по донорству органов и британская медицинская ассоциация поддержали переход к презумпции согласия, за которым последовал референдум, но закрепить данный закон не удалось. Было проанализировано различие между легализацией презумпции согласия и ее реализацией на практике, а так же возможное увеличение посмертного донорства органов. Если простое введение такого закона было бы достаточным для увеличения посмертного донорства, то страны, принявшие его, имели бы высокие уровни посмертного донорства. Однако в Испании, Австрии и Бельгии существует высокий уровень посмертного донорства, в то время как в Люксембурге и Болгарии зарегистрированы одни из самых низких уровней посмертного донорства. Авторы анализируют исследования, исключающие законодательный показатель и приходят к выводу, что гораздо большее значение имеет формирование эффективной системы забора органов, системы координации и развития инфраструктуры. Приводя в пример Испанию, как «золотой стандарт» в посмертном донорстве органов, авторы отмечают изменения, последовавшие после принятия закона о презумпции согласия: национализация и централизация контроля над программой донорства и трансплантации – создание Испанской национальной организации трансплантации (ИНОТ), создание должности координатора по трансплантации и ее учреждение в каждой медицинской организации, активные общественные и обучающие связи ИНОТ с прессой и общественностью. Авторы делают вывод, что не все страны, перешедшие на систему презумпции согласия, получили увеличение показателей посмертного донорства. Исследователи считают необходимым развивать саму отрасль донорства и трансплантологии, так как модель презумпции существенного значения для ряда стран не имеет.

В статье американского журнала трансплантации «Flawed Assumptions: Ethical Problems With Proposed Presumed Consent Legislation» (Ошибочные предположения: этические проблемы предложенного к принятию закона о презумпции согласия) [15] авторы пишут о том, что в законодательный орган штата Техас внесен законопроект о переходе от модели презумпции несогласия к презумпции согласия. Если этот закон будет принят, он станет первым в своем роде в США, т.к. он представляет собой прямую противоположность нынешней модели презумпции несогласия в стране, изложенной в Акте о разрешении на пересадку своих органов в случае смерти. Аналогичные законопроекты были предложены в штатах Делавер и Нью-Йорк. Авторы рассуждают о том, поможет ли данный закон увеличить уровень посмертного донорства органов. В некоторых странах, например Франции и Бразилии и др., вслед за введением модели презумпции согласия (с принципом узкого согласия или принципом расширенного согласия) наблюдалось уменьшение показателей посмертного донорства. Этот закон был подвергнут критике, как слишком «свободный» или слишком «ограничительный» и не привел к увеличению целевых показателей. Авторы считают, что принятие закона должно основываться на модели с наименьшим количеством вреда и наибольшей выгодой, которой, по их мнению, является презумпция несогласия, но необходимы дальнейшие исследования.

В обзоре Канадской национальной программы по трансплантации «Fast fact: opt-out consent for organ donation» (Ключевые факты: презумпция согласия на донорство органов) [16] авторы рассматривают возможность перехода от системы модели несогласия к презумпции согласия с целью увеличения посмертного донорства органов. Данные опросов населения показали, что 95% поддерживают посмертное донорство органов, однако только 51% подтвердили свое решение и лишь 27% внесли свои данные

в регистры. Исходя из анализа результатов исследований, в одних странах уровень посмертного донорства повысился после введения презумпции согласия, в других – остался на прежнем уровне или даже понизился. Авторы делают вывод: существует множество других факторов, влияющих на уровень посмертного донорства – кол-во потенциальных доноров, ресурсы (спец. системы поддержания жизнедеятельности органов и т.д.), обучение координаторов по трансплантации, сотрудничество с семьями погибших, взгляды общественности на донорство, и др.

В статье «Presumed consent for organ donation: illusion of a choice» (Презумпция согласия на донорство органов: иллюзия выбора) [17] автор рассматривает возможность перехода к презумпции согласия в Индии. По ее мнению, это позволит трансплантологам повысить количество посмертно изымаемых органов. С этической точки зрения в Индии множество культур, люди верят в неприкасаемость тела, душу, перерождение и т.д., что вызывает множество проблем. Доступность медицинской помощи в стране доступна лишь 75% населения. Не так давно, в 2014 году была основана Национальная организация по трансплантации, которая начала организовывать госпитали под своим началом (до этого самостоятельно практикующие трансплантации). Наблюдается большая нехватка реанимационного оборудования и ресурсов, необходимы огромные инвестиции для развития данной сферы. Автор делает вывод, что презумпция согласия на данный момент неприемлема в Индии. Необходимо развитие системы здравоохранения, а затем создание и координация трансплантационных центров.

Итак, сравнение с данными европейских стран по общественной позиции в отношении завещания своих органов после смерти и фактической донорской активности показывает, что Россия занимает одно из самых последних мест по обоим направлениям, что делает необходимым выработку действующих механизмов по повышению участия населения в донорских практиках. Действующая донорская система не подкрепляется общественным мнением – в массовом сознании россиян имеет место дефицит солидарности и доверия в обществе. Об этом свидетельствует существенный разрыв между готовностью стать донором органов для своего

близкого (круг которого ограничивается детьми и супругами) и желанием завещать свои органы в рамках посмертного донорства.

В этой связи, наиболее важным и приоритетным направлением должно стать просвещение населения о процедуре прижизненного волеизъявления о донорстве органов, формирование правильных общественных взглядов. Способы выражения желания или не желания стать донором должны быть максимально прозрачными и понятными для населения, простыми для составления. Данные мероприятия позволят создать наиболее благоприятную среду для развития донорства и трансплантологии, для проведения необходимого количества операций по пересадке органов и тканей и для спасения тысяч жизней.

Вопросы, связанные с реализацией прав гражданина при донорстве и трансплантации, а так же с созданием единой непротиворечивой правовой базы, требуют более детальной регламентации, как на законодательном уровне, так и в подзаконных нормативных актах. Принятие законопроекта «О донорстве органов человека и их трансплантации» позволит восполнить многие правовые пробелы, устранить явные нормативные противоречия законодательства в области донорства и трансплантации и повысить качество медицинской помощи, оказываемой методом трансплантации органов.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. №48 ст. 6724.*
2. *Закон РФ №4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // «Российской газете» от 9 января 1993 г. №4.*
3. *Проект федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» https://www.rosminzdrav.ru/documents/8145.*
4. *Определение Конституционного Суда РФ (далее – КС) от 4 декабря 2003 г. №459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Документы системы Гарант. URL: http://base.garant.ru/ (дата обращения: 29.09.2017).*

5. *Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития. URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/02/03/5029.*
6. *Трансплантология и искусственные органы. Учебник под ред. Акад. РАН С. В. Готье. М.: Лаборатория знаний, 2018. 28 с.*
7. *Правоведение. Медицинское право. Учебник / Под.ред.чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 204 с.*
8. *Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья. Учебник / Хрусталев Ю.М. М., 2012. 400 с.*
9. *Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования / Сергеев Ю.Д., Поспелова С. И. / Медицинское право, 2006. №2. С. 2-9.*
10. *Современное состояние и проблемы правового регулирования донорства и трансплантации органов и тканей человека / Сергеев Ю.Д., Поспелова С. И. / Медицинское право, 2013. №1. С. 3-9.*
11. *Данные по готовности населения к завещанию своих органов в Европе (http://ec.europa.eu/public_opinion); по России – на основе данных репрезентативного опроса Левада-Центра, 2012 г. (http://www.levada.ru).*
12. *Донорство органов: проблемы и перспективы развития в России // Отчет Левада-Центра, 2013. http://www.levada.ru.*
13. *Международный отчет по трансплантационной активности: International Figures On Donation And Transplantation – 2011 // Newsletter, Vol. 17, September 2012.*
14. *Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007.*
15. *«Flawed Assumptions: Ethical Problems With Proposed Presumed Consent Legislation» / C.R. Bruce, P. Koch / American journal of transplantation, July 2017.*
16. *«Fast fact: opt-out consent for organ donation» (Canadian national transplant research program) www.CNTRP.ca/fast-facts. Feb 7, 2017.*
17. *«Presumed consent for organ donation: illusion of a choice» / R. Dar – International Journal of Community Medicine and Public Health, September 2016.*
18. *«Opt-out organ donation: on evidence and public policy»/ B. H Willis, M. Quigley/ Journal of the royal society of medicine 2014 Feb; 107 (2): 56–60.*

Об авторах:

Кузьмин Кирилл Викторович – студент 6 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: Kuzmin.kv.94@yandex.ru

Паршутина Александра Андреевна – студентка 6 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: Alexandra-Parshutina@yandex.ru

Kuzmin Kirill Viktorovich – student of 6-th course, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

Alexandra Andreevna Parshutina – student of 6-th course, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

Научный руководитель: Поспелова Светлана Игоревна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: medpravo.pospelova@mail.ru

Scientific adviser: Pospelova Svetlana Igorevna – associate professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Кузьмин К.В., Паршутина А.А., 2017

Левина М.М., Предеина И.В.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РФ

Дистанция между правовыми основами и практической реализацией иммунопрофилактики или вакцинации несовершеннолетних в РФ является одним из вопросов, недостаточно разработанных в современном российском законодательстве. Обозначены основные направления, необходимые для обеспечения качества медицинской помощи несовершеннолетним.

Ключевые слова: *права несовершеннолетних, качество медицинской помощи, дети, несовершеннолетние, несовершеннолетние пациенты, иммунопрофилактика, вакцинация.*

Marina M. Levina, Irina V. Predeina

LEGAL REGULATION OF PREVENTIVE IMMUNIZATION FOR THE PURPOSES OF OBSERVANCE OF MINOR PATIENTS' RIGHTS

A distance between legal basic and practical realization of prevention immunization or vaccinization for minor patients is one of the many of non-detailed developed questions in the Federal law of the Russian Federation. There are several basic directions of improvement of legal regulation in the sphere of ensuring the quality of medical care of minors.

Key words: *rights of minors; quality of care; childrens; juveniles; minors' patients; immunization; vaccinization.*

В настоящее время Правительство РФ уделяет повышенное внимание вакцинации несовершеннолетних. Как утверждает министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, качество вакцин в России находится на очень высоком уровне: проверка качества и технология формирования вакцин лучшая в мире [1]. Однако вакцинация детей по-прежнему вызывает недоверие у родителей. С ростом числа людей, активно пользующихся интернетом, участились случаи отказа от прививок [2; 3; 4; 5].

В истории существует множество примеров, когда массовый отказ от прививок приводил к крайне негативным последствиям. Наиболее показательной в этом плане представляется антивирусная кампания в Нидерландах, повлекшая эпидемию кори (1999-2000), во время которой среди 2961 случая 68 человек было

госпитализировано, 3 скончались [6]. Подобная вспышка кори в Ирландии повлекла 100 случаев госпитализации из 300 случаев заболевания; из которых многие были тяжелыми, в т.ч. 3 случая с летальным исходом [7]. Другие случаи массовых отказов не менее показательны, практически все они прежде были связаны с религиозными соображениями.

Ежегодно в России рождается около 2 млн детей (по данным Росстата) [18, с. 61], из них прививается от различных болезней более 96% [8; 18, с. 63].

С появлением свободного доступа к интернет-ресурсам, увеличилось количество источников, опровергающих пользу иммунопрофилактики, вследствие чего повышается число людей, у которых есть сомнения как в эффективности прививок, так и в достоверных источниках информации [16], [13]. В результате несовершеннолетние, не достигшие 15 лет, лишаются возможности полноценного осуществления своих прав на надлежащее оказание медицинской помощи [12, ст. 54 ч.2]. В сентябре 2017г Минздрав РФ предложил «воздействовать» на родителей, которые отказываются от вакцинации, но отказался от этой идеи в связи с вероятностью неправильной работы механизма [1; 9].

Всероссийский центр изучения общественного мнения утверждает: «По вопросу о необходимости прививок для детей подавляющее большинство россиян, имеющих несовершеннолетних детей и/или внуков, сходится во мнении: «да, нужно» – говорят 83%» [24]. В основном, противниками иммунопрофилактики является старшее поколение. Большинство опрошенных противников иммунопрофилактики полагают, что от прививок «больше вреда, чем пользы», много побочных эффектов, нет эффекта и дети все равно болеют, а так же иммунитет способен вырабатываться против всевозможных болезней самостоятельно [24].

Данная ситуация в определенной степени может быть связана с тем, что на практике далеко не всегда требования информирования пациентов при проведении мероприятий, связанных с иммунопрофилактикой, исполняются в соответствии с законом. В качестве подтверждения предлагаем рассмотреть результаты

проведенного нами социологического опроса [19], которые проиллюстрированы в приведенной ниже диаграмме (рис. 1).

Рис. 1. Действия медицинского работника перед вакцинацией

В результате проведенного исследования, представляется возможным сформулировать основные проблемы в правовом регулировании иммунопрофилактики несовершеннолетних в РФ.

Государство гарантирует включение в федеральные государственные образовательные стандарты подготовку медицинских работников по вопросам иммунопрофилактики [10, ст. 4 ч. 2]. Вместе с тем, судя по результатам опроса, приходится констатировать недостаточную осведомленность медицинского персонала о своих обязанностях и специфике проведения вакцинации несовершеннолетних, что существенно ограничивает его в возможностях предоставления необходимых сведений пациенту и его родителям/опекунам и др.

Данный вопрос освещается и в других исследованиях. Некоторые авторы указывают на недостаточный уровень правовой грамотности врачей и средних медицинских работников школ, отсутствие образца согласия установленной формы и мотивации к работе по оформлению согласия в связи с опасениями снизить показатели охвата детей иммунопрофилактикой [26].

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Существует как форма согласия на вакцинацию, на обратной стороне которой, в приложении, описано ограничение прав гражданина, с которыми он так же обязан ознакомиться при отказе от проведения вышеуказанной процедуры, так и форма отказа [22; 23], при этом согласие для несовершеннолетних оформляется в соответствии со специальной формой [20], а порядок проведения вакцинации строго регламентирован [15].

Однако на практике частым явлением становится недобросовестное исполнение медицинским персоналом своих обязанностей. Одной из причин являются сложности организации оформления согласия при иммунопрофилактике у школьников. Так, «педиатры традиционно отмечают, что активизация работы по информированию родителей и оформлению согласия приводит к снижению показателей охвата иммунопрофилактикой» [26].

Существенной проблемой является то, что на практике закон зачастую игнорируется, и документы о согласии несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет, на медицинское вмешательство по-прежнему предлагают подписывать родителям ребенка, несмотря на то, что в соответствии со ст. 54 ч. 2 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [12, ст. 54 ч. 2], несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицин-

ское вмешательство или на отказ от него, а в ст. 11 ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [10, ст. 11] указано, что согласие одного из родителей или законного представителя требуется только в том случае, если несовершеннолетний не достиг возраста 15 лет.

Фактически, если документ о согласии подписывают родители несовершеннолетнего достигшего 15 лет, а медицинский персонал, ответственный за проведение профилактических мероприятий принимает этот документ, то нарушаются права несовершеннолетнего, а также обязательные предварительные условия оказания медицинского вмешательства [12, ст. 20]. То же самое можно сказать о ситуации, когда информация о данном иммунопрофилактическом мероприятии была дана не ребенку, достигшему 15, а его родителям, однако документ был подписан самим ребенком [12, ст. 20].

Вместе с тем, актуальным остается вопрос о правовом регулировании возрастных границ, определяющих автономию в сфере оказания медицинской помощи несовершеннолетним. Решение этой проблемы представляется неоднозначным, поскольку в 15 лет далеко не каждый подросток начинает интересоваться вопросами собственного здоровья, и готов воспринять и проанализировать сложную и противоречивую информацию об иммунопрофилактике. В этой ситуации помощь родителей может быть необходимой. И хотя в соответствии со ст. 7 Закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [14] функция представителя интересов ребенка перед государством и обществом является правом и обязанностью его родителей, положения 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [12] о «соблюдении врачебной тайны» и «информированном согласии» не позволяют родителям или «лицам, их замещающим» осуществить данное право. Кроме того, отсутствует единство в установлении возрастных границ автономии в нормативно-правовых актах [21; 17]. Именно поэтому реализация права несовершенного, достигшего 15 лет, на информированное согласие вызывает столько сложностей и периодически игнорируется в действительности.

Дополнительное правовое регулирование требуется при решении вопросов, связанных с отказом родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, от медицинской помощи, в т.ч. от вакцинации. И если эта помощь является необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинское учреждение имеет право обратиться в суд для защиты их интересов [25], то в случае с вакцинацией отсутствуют какие-либо методы воздействия.

Каждый гражданин РФ имеет право на медицинский осмотр при осуществлении иммунопрофилактики, необходимый для выявления индивидуальных рекомендаций пациенту в связи с состоянием его здоровья [10, ст. 5 ч. 1; 12, ст. 46, ч. 2 п. 1]. Порядок проведения осмотра несовершеннолетних строго регламентирован [12, ст. 54 ч. 2]. Однако, в связи с неосведомленностью пациентов, это право нарушается чаще всего, и пренебрежение медицинским персоналом состоянием здоровья ребенка на момент вакцинации стало распространенным явлением на практике.

На основании вышеизложенного, можно предположить, что основные причины нарушения прав несовершеннолетних в сфере иммунопрофилактики связаны с целым комплексом факторов, основным из которых являются пробелы правового регулирования, которые повлекли:

- недостаточное информирование населения об основных правах несовершеннолетних на оказание медицинской помощи в сфере вакцинации и иммунопрофилактики;
- недостаточное информирование медицинского персонала об их правах и обязанностях;
- недостаточность распространения информации о правах и обязанностях родителей и других законных представителей несовершеннолетних
- отсутствие достаточно полных проверенных научно-популярных источников, в которых в доступном виде будут приведены аргументы политики государства в сфере медицины.

Как показывают исследования, правильно организованное информирование населения об иммунопрофилактике приносит положительные результаты [26]. В связи с этим, представляется необходимым создание проверенного источника информации

в популярном виде, а также широкое распространение данного источника в обязательном порядке государством и медицинским персоналом. Таким источником могут являться информационные брошюры, которые будут выдаваться при входе в медицинские учреждения и в школах на родительских собраниях и классных часах. Они должны содержать актуальные сведения:

a. о биологических аспектах иммунитета и необходимости прививок в научно-популярном виде, чтобы у людей не возникало заблуждений о характере их действия;
b. статистика смертности от заболеваний, профилактика которых входит в государственный календарь прививок;
c. описание заболеваний, профилактика которых входит в государственный календарь прививок, а также название прививок против данных заболеваний;
d. статистика проявления побочных эффектов и негативных последствий в связи с проведением вакцинации;
e. о правах и обязанностях гражданина в сфере иммунопрофилактики.

В данных брошюрах могут быть описаны основные этапы заболеваний, а также их клиническая картина. Иным выходом может являться создание видеоматериалов, которые будут предоставляться при консультации перед иммунопрофилактикой, дающих полную информацию, которую необходимо предоставить пациенту при иммунопрофилактике или при отказе от нее.

Кроме того, целесообразно рассмотреть возможность нормативно-правового закрепления требования предоставления пациенту перед проведением иммунопрофилактики медицинским работником необходимой информации в письменном виде, в т.ч. в форме, адаптированной для восприятия несовершеннолетними в возрасте от 15 до 18 лет, например, как приложение к бланку об информированном согласии.

Список литературы:

1. *ТАСС: «Минздрав предлагает изменить оплату больничных родителям, отказавшимся прививать детей» 17 сентября, 14:59 // UTC+3 URL: tass.ru/obschestvo/4568870 (дата обращения: 06.11.2017).*

2. *Blume S. movements and their interpretations // Soc Sci Med (англ.). 02.2006*
3. *Kata A.A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet // Vaccine (англ.). 2010 Feb 17;28(7): 1709-16.*
4. *Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA, Sharp LK. Vaccine criticism on the World Wide Web // J Med Internet Res (англ.). 2005 Jun 29;7(2): e17.*
5. *Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement // Vaccine (англ.). 2011 Dec 13.*
6. *(14 апреля, 2000) «Measles Outbreak Netherlands, April 1999--January 2000». Morbidity and Mortality Weekly Report (англ.)русск., Centers for Disease Control and Prevention 49 (14): 299–303. Проверено 2006-11-02.*
7. *McBrien J, Murphy J, Gill D, Cronin M, O'Donovan C, Cafferkey M (2003). «Measles outbreak in Dublin, 2000». Pediatr Infect Dis J (англ.)русск. 22 (7): 580–4. PMID 12867830.*
8. *ТАСС: «Вакцинация против инфекционных заболеваний. Досье» 9 августа 2016, 13:18 UTC+3 // URL: http://tass.ru/info/690191 (дата обращения: 01.11.2017).*
9. *ТАСС: «Минздрав отказался от идеи вводить штрафы за нежелание родителей прививать детей» 3 октября, 10:05 UTC+3 // URL: http://tass.ru/obschestvo/4611360 (дата обращения: 06.11.2017).*
10. *Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // Собрание законодательства Российской Федерации.*
11. *Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 №14-ФЗ ст. 1095.*
12. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.07.2017) (в ред. Федерального закона от 25.11.2013 №317-ФЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации.*
13. *Обсуждение на BABYBLOG интернет-ресурс // URL: https://www.babyblog.ru/community/lenta/privivkamNET (дата обращения: 09.11.2017).*
14. *Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» ст. 7 // Собрание законодательства Российской Федерации.*
15. *«МУ 3.3.1891-04. 3.3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад // Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004).*

16. *Обсуждение на BABYBLOG интернет-ресурс // URL: https://www.babyblog.ru/community/post/privivkamNET/3182279 (дата обращения: 09.11.2017).*
17. *Горская И.В. «Проблема реализации прав подростков на самостоятельное решение получения медицинской помощи» // Вестник Нижегородского Университета им. Н.И. Лобачевского, 2014 г.*
18. *Здравоохранение в России 2015 Статистический сборник // Федеральная служба государственной статистики, URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf, (дата обращения: 01.11.2017).*
19. *https://docs.google.com/forms/d/1Wnb35qkrrwVQXwYLN3RxmNY6a8ZpMjp0pIrdPqvvZEM/edit#responses, Социологический опрос «Правовые проблемы вакцинации несовершеннолетних» 71pTvnDS5iSI8/edit?usp=sharing (дата обращения: 09.11.2017).*
20. *Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 №19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 28.04.2009 №13846) М., Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2006.*
21. *Абаева О.П. Медико-социальные проблемы, связанные с реализацией права пациента подросткового возраста на автономию при медицинской помощи // Социология медицины. 2011. №1. С. 18-20.*
22. *Приказ ФМБА РФ от 30.03.2007 №88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство» (вместе с «Инструкцией по заполнению бланков добровольного информированного согласия»), Приложение №5.*
23. *Приказ ФМБА РФ от 30.03.2007 №88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство» (вместе с «Инструкцией по заполнению бланков добровольного информированного согласия»), Приложение №4.*
24. *Официальный сайт ВЦИОМ: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116428 (дата обращения: 03.11.2017).*
25. *Пояснительная записка «К проекту Федерального закона «О внесении изменений в Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=PRJ&n=136484#0 (дата обращения: 03.11.2017).*
26. *Агафонова Е.А. «Современные правовые и организационные аспекты оформления информированного добровольного согласия учащихся школ и родителей при иммунопрофилактике» // Здравоохранение Российской Федерации, 2012.*

Об авторах:

Левина Марина Михайловна – студентка 2 курса ИФиТМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: levinamm@gmail.com

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

Levina Marina Mihailovna – the 2nd course student of IP&TM of the of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Predeina Irina Valerievna – Candidate of Legal Sciences, Senior lecturer, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Левина М.М., Предеина И.В., 2017

Миннегулов И.Х., Кондратьева В.Ю.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Статья посвящена правовым основам и правовой культуре отношений врача и пациента при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: *правовая основа, правовая культура, врач, пациент, медицинская этика и деонтология.*

Ilshat Kh. Minnegulov, Vera Yu. Kondrateva

LEGAL FRAMEWORK AND LEGAL CULTURE OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DOCTOR AND PATIENT

The article deals with legal basis and legal culture of the relationship between doctor and patient when providing medical care.

Key words: *legal framework, legal culture, doctor, patient, medical ethics and deontology.*

Врач и пациент – это два взаимосвязанных и вместе с тем различных субъектов в отношениях между собой. Такое сложное и многогранное отношение может рассматриваться в самых различных плоскостях и аспектах. Однако особую актуальность приобретает сегодня анализ правовых основ и правовой культуры отношений врача и пациента.

Правовые основы отношений врача и пациента в Российской Федерации четко регламентированный процесс и подробно закреплены в законодательстве в сфере охраны здоровья: Конституции Российской Федерации [1], Федеральном законе от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ) [2], принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ определил приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, как один из принципов охраны здоровья. Правовое преимущество пациента, вытекающего из закона, предопределяет актуальность выражения «пациент всегда прав» и не является

самоцелью, а служит лишь исходной предпосылкой для дальнейшего его совершенствования при условии, если реализация прав пациентом осуществляется на основе закона.

Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ приоритет прав пациентов реализуется по шести направлениям, в том числе путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны лиц, в обязанность которых входит осуществление медицинской деятельности.

Медицинская деятельность – это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, которая оценивается ее качеством, где основным критерием является удовлетворенность не только пациента как потребителя медицинских услуг, но и медицинских работников.Ориентированность на пациента при оказании медицинской помощи предполагает внимательное и чуткое отношение медицинского работника к пациенту. Она включает необходимость информирования в доступной форме пациентов о состоянии здоровья, сведения о результатах медицинского обследования, наличия заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательстве, его последствиях, результатах оказания медицинской помощи.

Реализованная за последние несколько лет в Российской Федерации политика реформы здравоохранения не позволила решить многие ключевые проблемы отношения врача и пациента, а это приводит не только к конфликтам, но иногда и к негативным для здоровья последствиям (реализации прав пациентов на доступную и качественную медицинскую помощь).

Предпринятая попытка Федеральным законом 27 июля 2010 года №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [3] разрешить конфликт между врачом и пациентом пока ощутимых результатов на практике не дала. При этом необходимо отметить, что определенные подходы к организации эффективного разрешения конфликтов в сфере оказания медицинской помощи уже есть.

Например, предоставление возможности пациентам:

- быть услышанными, получить лично исчерпывающие разъяснения о ходе лечения, состоянии, состоянии своего здоровья, снизить уровень тревожности;
- исчерпать конфликт на основе удовлетворения интересов и потребностей;
- быстро и неформально разрешить возникшую конфликтную ситуацию;
- почувствовать свою причастность к процессу совершенствования качества медицинской помощи, вернуть доверие к системе здравоохранения, пошатнувшееся в результате неудовлетворительного опыта.

Для лечебных учреждений медиация дает возможности:

- быстрого и неформализованного разрешения конфликта без вмешательства вышестоящих инстанций или судебных органов;
- сохранения позитивного контакта с пациентом (или контрагентом); повышения доверия со стороны пациента (или контрагента) и помогает сохранять долгосрочные партнерские отношения;
- получения фактического материала для мониторинга и конструктивной работы с персоналом, формирования корпоративной культуры, ориентированной на удовлетворения нужд и потребностей как пациента, так и персонала на основе принципов взаимоуважения; обратной связи, способствующей принятию мер для улучшения качества оказываемой помощи;
- выявление системных ошибок и возможность их устранения;
- сохранения репутации как для отдельного медицинского работника, так и для учреждения, организации в целом [4].

Нам представляется в отношениях врача и пациента необходимо повышать правовую культуру обеих сторон – участников, особенно актуально проблема овладения правовыми знаниями медицинскими работниками. Профессиональная подготовка медицинских работников должна содержать введение в юридические аспекты медицинского труда, включая информацию об основных причинах исковых требований и жалоб на профессиональные ошибки.

Правовая культура врача и пациента изменяют сами отношения между врачом и пациентом. Они приобретают форму наиболее эффективного общения без лишних эмоций и отклонений от главной цели – излечения. Право здесь становится одним из необходимых инструментов на всех этапах (стадиях) оказания медицинской помощи:

- медицинское вмешательство;
- профилактика;
- диагностика;
- лечение заболеваний;
- медицинская реабилитация.

Через перечисленные стадии проходит и процесс правового воздействия на отношения врача и пациента. Но проходит, естественно, с учетом особенностей норм медицинской этики и деонтологии в сфере охраны здоровья. Морально – этическая форма регулирования в сфере медицинской деятельности служит своеобразным ориентиром в отношениях врача и пациента [5].

Тесная и неразрывная связь правовых основ и правовой культуры отношений врача и пациента должна проявляется между Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ и правилами поведения пациента в медицинских организациях. Данная связь позволит нормам права и морали служить критерием для оценки характера осуществления прав и обязанностей врача и пациента, являются ли действия по их осуществлению правомерными, сообразующимися с требованием соответствующих правовых норм и норм морали или представляют собой злоупотребление этими правами.

Список литературы:

1. *Собрание законодательства Российской Федерации от 04. 08. 2014г. №31 ст. 4398.*
2. *Собрание законодательства Российской Федерации от 21.11. 2011г. №48 ст. 6724.*
3. *Собрание законодательства Российской Федерации от 27.07. 2010 г. №31 ст. 4162.*
4. *Шамликашвили Ц.А., Островский А.Н. Современные подходы к организации системы эффективного разрешения конфликтов в сфере оказания*

медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2015; 59 (5): 28-31.

5. *Научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (постатейный) // Под общей редакцией А.А. Кирилловых. М.: «Деловой двор», 2012. С. 408.*

Об авторах:

Миннегулов Ильшат Хамитович – доцент кафедры экономического права Казанского национального исследовательского технического университета, кандидат юридических наук, Казань, e-mail: minnegulov@mail.ru

Кондратьева Вера Юрьевна – студентка группы 9203 Казанского национального исследовательского технического университета, Казань , e-mail: vera_kondrateva_1998@mail.ru

Minnegulov Ilshat Khamitovich – associate professor of the Department of Economic Law Kazan National Research Technical University, assistant professor, PhD, Kazan

Kondrateva Vera Yuryevna – student of group 9203 of Kazan National Research Technical University, Kazan

© Миннегулов И.Х., Кондратьева В.Ю., 2017

Нечаева С.Д., Павлова Ю.В.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РОССИИ

В данной статье рассмотрено правовое регулирование суррогатного материнства, порядок и условия применения данного метода вспомогательных репродуктивных технологий. Рассмотрены условия и порядок заключения договора суррогатного материнства. Выявлен ряд проблем правового регулирования, в частности по порядку установления происхождения ребенка, родившегося в результате применения программы суррогатного материнства, проведен анализ правоприменительной практики.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное материнство, установление происхождения ребенка, судебная практика, семейное законодательство, договор суррогатного материнства.*

Svetlana D. Nechaeva, Julia V. Pavlova

LEGAL REGULATION PROBLEMS OF SURROGACY

Legal regulation of surrogacy, procedure and conditions of practical application of this ART method are investigated and represented in this article. Conditions and procedure of surrogacy contract have been looked into. A number of problems has been detected, including ones in the procedure of establishment of child's filiation, who has been born with the help of surrogacy, the analysis of law enforcement practice has been done.

Key words: *assisted reproduction technologies, surrogacy, establishment of child's filiation, court practice, family law, surrogacy contract.*

По определению ВОЗ, бесплодие определяется как неспособность зачать ребенка. Пара может считаться бесплодной, если после двух лет регулярных половых отношений без контрацепции женщина не забеременела (и для этого нет других причин, таких как грудное вскармливание и послеродовая аменорея). Первичное бесплодие встречается у пар, которые никогда не смогут иметь детей. Вторичное бесплодие означает неудачу при зачатии после удачной беременности. Бесплодие может быть вызвано инфекцией у мужчины или женщины, но часто невозможно определить точную причину [14].

В связи с этим, проблемы правового регулирования применения методов вспомогательных репродуктивных технологий в настоящее время приобретает особенную актуальность.

Всеобщая декларация прав человека [1] гласит: «репродуктивные права и репродуктивное здоровье являются одной из составляющих права на охрану здоровья и медицинскую помощь», что является общепризнанной нормой в международном праве. Конституция РФ [2] также считает вопрос о материнстве и семье наиболее приоритетным для государства.

По причине того, что каждый имеет право на использование достижений научного и технического прогресса с целью охраны и оздоровления окружающей среды и здоровья населения, в том числе и в вопросах лечения бесплодия, естественное право человека иметь ребенка даёт возможность применения ВРТ [10].

Одним из видов преодоления бесплодия, относящимся к вспомогательным репродуктивным технологиям, является суррогатное материнство, вызывающее в настоящее время резонанс в обществе, поскольку развитие данного вида биомедицинских технологий в достаточной степени опережает правовое регулирование данной сферы. В связи с этим, возникает большое количество юридических, а так же морально-этических и религиозных вопросов.

Россия относится к виду стран с разрешенным как коммерческим, так и некоммерческим суррогатным материнством, которое регулируется на законодательном уровне.

По различным оценкам, в России в настоящее время бесплодны 10-20% населения репродуктивного возраста, т.е. до 5 млн. пар, что примерно соответствует уровню развитых европейских стран: в 2007 г. во Франции за медицинской консультацией в связи с бесплодием обращались около 15% женщин, в Италии бесплодна каждая пятая пара, в Великобритании – каждая седьмая [9]. В связи с этим, на сегодняшний день возросла роль и, соответственно, применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Исходя из того, что все методы репродуктивных технологий непосредственно связаны с рядом этических и юридических проблем, закономерно встает вопрос о правовом регулировании данной сферы оказания медицинских услуг.

В соответствии со статьей 55 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» [3] (далее – 323-ФЗ) «Применение вспомогательных репродуктивных технологий», ВРТ определяются как «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».

Основным законом, регулирующим правовые отношения в данной сфере, является статья 55 323-ФЗ «Применение вспомогательных репродуктивных технологий». Выделение отдельной статьи, посвященной ВРТ, в Федеральном Законе свидетельствует об актуальности данного вопроса.

Правовая регламентация суррогатного материнства так же закреплена:

- Статьей 52 и п. 4 статьи 51 Семейного кодекса Российской Федерации «Оспаривание отцовства (материнства), которые определяют порядок определения происхождения ребенка, а также оспаривания отцовства (материнства) [4] – данные нормативно-правовые акты определяют происхождение ребенка в целом, в т.ч. и при использовании суррогатного материнства;
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» [6], в котором в частности определяется порядок применения метода суррогатного материнства – в этом приказе изложены показания к применению данного метода, порядок обследования потенциальной суррогатной матери, а так же этапы реализации программы;
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2013 г №420 «Об утверждении программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка» [7], в котором охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения рассматриваются как одни из наиболее перспективных направлений улучшения демографической ситуации; в том числе делается акцент и с использованием суррогатного материнства как метода ВРТ в качестве резерва сохранения уровня рождаемости.

В ч. 9 ст. 55 323-ФЗ дано четкое определение понятия суррогатного материнства, в соответствии с которой оно представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Выделяют несколько видов суррогатного материнства по использованию генетического материала [11], однако, в России в соответствии с ч. 9 ст. 55 323-ФЗ применяют только суррогатное материнство с использованием половых клеток потенциальных родителей, либо одинокой женщины, что значительно ограничивает применение данного метода при лечении бесплодия.

Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки (ч. 10 ст. 55 323-ФЗ).

Особенность суррогатного материнства состоит в том, что при таком способе зачатия и рождения ребенка появляется дополнительная сторона, т.е. суррогатная мать. Именно ей в действующем законодательстве Российской Федерации отдается предпочтение по решению судьбы ребенка (Семейный кодекс Российской Федерации (п. 4 ст. 51) исходя из того принципа, что матерью ребенка является именно та женщина, которая его родила. При такой ситуации, потенциальные родители становятся донорами против своей воли, а право распоряжаться их генетическим материалом переходит к суррогатной матери, что ограничивает конституционные права супругов, в том числе право на личную неприкосновенность и охрану достоинства личности [10].

Одним из наиболее насущных вопросов в правовом регулировании суррогатного материнство является наличие противоречия между ст. 55 323-ФЗ и ст. 51 Семейного кодекса Российской Федерации. Оно заключается в том, что в соответствии с ч. 3 ст. 55 323-ФЗ право на применение вспомогательных репродуктивных технологий имеют мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, а так же одинокая женщина, в то время как в соответствии с п. 4 ст. 51 Семейного кодекса Российской Федерации таким правом обладают только лица, состоящие в браке. Такое противоречие создает ситуацию, в которой паре, не состоящей в браке, или одинокой женщине, отказывают в органах ЗАГС в оформлении ребенка. В итоге генетическим родителям приходится обращаться в суд, где будет разрешаться конкретная ситуация по регистрации ребенка.

В связи с тем, что согласно действующему законодательству Российской Федерации решение о судьбе ребенка остается за суррогатной матерью, она может оставить ребенка себе. Такую ситуацию рассматривают в двух случаях: либо у женщины просыпается материнский инстинкт, либо это является мощной основой для злоупотребления своим положением и шантажа родителей.

Так же Семейным Кодексом Российской Федерации не предусматривается срок получения согласия суррогатной матери на запись генетических родителей родителями ребенка, а в соответствии со ст. 16 Федерального Закона от 15 ноября 1997 года №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» [5], заявление о рождении ребенка должно быть сделано не позднее чем через месяц со дня рождения ребенка.

Неотъемлемой частью суррогатного материнства является договор между генетическими родителями и суррогатной матерью, который будет являться правовой основой этих взаимоотношений. Данный договор регулируется как семейным, так и гражданским правом. Однако, в действующем законодательстве Российской Федерации отсутствуют четко сформулированные требования к форме и содержанию конкретного вида договоров.

Суррогатная мать обязана пройти полное медицинское обследование на предмет психического и соматического здоровья

с целью установления наличия противопоказаний к проведению процедуры, представленных в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применения», а так же для удостоверения в том, что предполагаемая суррогатная мать отдает себе отчет в последствиях своего решения.

В договоре должны быть прописаны права и обязанности обеих сторон правовых отношений. Как было сказано выше, в действующем законодательстве Российской Федерации нет четко сформулированных требований к форме и содержанию договора. Однако, за суррогатной мамой следовало бы признать право на полную компенсацию расходов, связанных с вынашиванием ребенка: по медицинскому обследованию и помощи, усиленному питанию, приобретению специальной одежды для беременных, а также компенсацию упущенной выгоды, связанной с временной нетрудоспособностью [12].

Помимо прав, к составляющим правового статуса суррогатной матери, относятся и обязанности, которые так же следовало бы указывать в договоре. Суррогатной матери следовало бы выполнять все предписания врачей и являться в назначенные ими сроки в медицинское учреждение, расходовать предоставленные заказчиками денежные средства только согласно их целевому назначению, своевременно и полно информировать уполномоченных родителей о ходе реализации программы суррогатного материнства, сохранять тайну рассматриваемых отношений и, конечно же, дать в письменном виде в установленный срок свое согласие на запись лиц-заказчиков в качестве родителей ребенка и в будущем не предъявлять на него никаких прав [12].

Таким образом, при применении данного метода ВРТ возникают следующие проблемы:

- противоречие нормативных актов одного уровня, а именно ФЗ-323 и Семейного Кодекса;
- право по решению судьбы ребенка остается за суррогатной матерью;

- ограничение применения данного метода в связи с возможностью использования исключительно половых клеток потенциальных родителей;
- нерегламентированный срок получения согласия суррогатной матери на запись генетических родителей родителями ребенка;
- отсутствие четко сформулированных требований к форме и содержанию договора суррогатного материнства в Российском законодательстве.

Многие вопросы суррогатного материнства, не урегулированные действующим законодательством Российской Федерации, нашли своё отражение в правоприменительной практике.

Так, в соответствии с ч.3 ст. 55 ФЗ-323 правом на применение вспомогательных репродуктивных технологий обладают лишь мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, и одинокие женщины. О возможностях одиноких мужчин на реализацию своего репродуктивного права путем обращения к ВРТ ничего не сказано.

Однако, в Российском праве, с рассмотрением и вынесением решения по гражданскому делу №2-2745/10 от 04 августа 2010 г. Бабушкинским районным судом г. Москвы [13], появился прецедент по данному вопросу. Было вынесено решение об обязании районного ЗАГСа зарегистрировать ребенка, родившегося по программе гестационного суррогатного материнства с донорскими ооцитами для одинокого мужчины. В результате было получено первое в стране свидетельство о рождении «суррогатного» ребенка у одинокого мужчины с прочерком в графе «мать».

Обратимся к постановлению Пленума Верховного Суда РФ от 16.05.2017 №16 [8], в котором даны разъяснения судам, как рассматривать дела, связанные с установлением происхождения детей, приведены пояснения, касающиеся порядка рассмотрения дел об установлении материнства и отцовства, об оспаривании записи об отце (матери) ребенка в книге записей рождений, порядка разрешения споров, возникших в связи с применением вспомогательных репродуктивных технологий и ряда иных вопросов.

В этом постановлении дается разъяснение, касающееся суррогатного материнства. Согласно законодательству РФ, лица, прибегнувшие к данному виду услуг, могут быть записаны родителями ребенка только в случае наличия письменного согласия на это суррогатной матери, т.к. преимущество в данном вопросе отдается именно женщине, родившей ребенка. Вместе с тем судам следует иметь в виду, что в случае, если суррогатная мать отказалась дать согласие на запись родителями указанных выше лиц (потенциальных родителей), то данное обстоятельство не может служить безусловным основанием для отказа в удовлетворении иска этих лиц о признании их родителями ребенка и передаче им ребенка на воспитание.

В целях правильного рассмотрения дела суду, в частности, следует проверить, заключался ли договор о суррогатном материнстве и каковы условия этого договора, являются ли истцы генетическими родителями ребенка, по каким причинам суррогатная мать не дала согласия на запись истцов в качестве родителей ребенка, и с учетом установленных по делу обстоятельств, а также положений статьи 3 Конвенции о правах ребенка разрешить спор в интересах ребенка.

Из всего вышеупомянутого можно сделать вывод о том, что суррогатное материнство недостаточно урегулировано и является одним из наиболее проблемных методов ВРТ. Поскольку в действующем законодательстве Российской Федерации существует противоречие между нормами законодательных актов по вопросам ВРТ, а так же в связи с тем что многие вопросы не нашли своего отражения в действующем законодательстве РФ, складывающаяся судебная практика по вопросам суррогатного материнства как метода ВРТ формирует правовую основу в этой области и, таким образом, прецедент становится источником права, что недопустимо в существующей правовой системе РФ. В такой ситуации существует риск того, что судебная практика может существенно исказить изначальную мысль законодателя. Так же проблемой является стремительное развитие современных технологий в области лечения бесплодия, опережающее развитие правовой основы данного вида деятельности.

Список литературы:

1. *Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г. ООН // Права человека: сборник универсальных и региональных международных документов. М., 1990.*
2. *Конституция Российской Федерации // Собрание законодательства РФ от 04.08.2014.*
3. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета от 23.11.2017.*
4. *Семейный кодекс Российской Федерации // Российская газета от 27.01.1996.*
5. *Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» // Российская газета от 20.11.1997.*
6. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применения // Российская газета от 11.04.2013.*
7. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2013 г №420 «Об утверждении программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка» // Текст приказа официально опубликован не был.*
8. *Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16 мая 2017 г. №16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей» // Российская газета от 24.05.2017*
9. *Мухаметжанова Р.И. Особенности правового регулирования суррогатного материнства в России / Р.И. Мухаметжанова //Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2014. №1 (4). С. 59-67.*
10. *Масляков, В.В. Законодательное регулирование суррогатного материнства / В.В. Масляков, Н.Н. Портенко // Медицинское право. 2016. №5. С. 4.*
11. *Павлова Ю.В. Проблемы правоприменительной практики при государственной регистрации рождения детей, родившихся в результате применения методов искусственной репродукции // Медицинское право: теория и практика. 2015. № 2 (2). Том 1. С. 225.*
12. *Владимирова Е. Д. Правовой статус суррогатной матери в Российской Федерации / Е.Д. Владимирова // Молодой ученый. 2016. №10. С. 969-972.*

13. *Флягин А.А. Суррогатное материнство: судебная практика и зарубежный опыт / А.А. Флягин// Законы России: опыт, анализ, практика. 2015. №1. С. 65-69.*
14. *Лечение беслодия. [Электронный ресурс]. URL http://www.nazdor.ru/health/encyclopaedia/diseases/besplodie/*

Об авторах:

Нечаева Светлана Дмитриевна – студентка IV курса Факультета Фундаментальной Медицины, Московский Государственный Университет им. М.В. Ломоносова, Москва

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Nechaeva Svetlana Dmitrievna – fourth-year student, Moscow State University, Faculty of Basic Medicine, Moscow

Pavlova Julia Vladimirovna – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Нечаева С.Д., Павлова Ю.В., 2017

Павлова Ю.С., Смирнова Д.А., Павлова Ю.В.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА КАК МЕТОДА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Данная статья посвящена проблемам правового регулирования в сфере суррогатного материнства. Обозначены основные составляющие в регуляции правовых отношений между суррогатной матерью и генетическими родителями и подчеркнута необходимость изменений и дополнений в данной области на основании судебной практики. Проведен сравнительный анализ правовых норм, регулирующих суррогатное материнство в других странах.

Ключевые слова: *суррогатное материнство, суррогатная мать, генетические родители, семейное законодательство, судебная практика.*

Julia S. Pavlova, Daria A. Smirnova, Julia V. Pavlova

LEGAL PROBLEMS OF SURROGATE MOTHERHOOD AS A METHOD OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

This article is about aspects of legal regulation in the field of surrogacy. Its purpose is to identify key issues in regulation of legal relations between the surrogate mother and genetic parents, and to emphasize the need for changes and additions in this area on the basis of judicial practice. Comparative analysis of legal regulation in the field of surrogate motherhood in foreign countries was conducted.

Key words: *surrogate motherhood, surrogate mother, genetic parents, family law, judicial practice.*

Залогом сохранения любого вида живой природы на Земле является способность к размножению. В настоящее время такой диагноз как бесплодие является одной из глобальных проблем современности.

Бесплодие (клиническое определение) – болезнь репродуктивной системы, которая выражается в отсутствии клинической беременности после 12и или более месяцев регулярной половой жизни без предохранения от беременности. Неспособность зачать, родить детей, продолжить свой род оказывает не только психологическое воздействие на пациентов, но и в общем является одной из основных причин демографического кризиса как в нашей стране, так и в мире в целом. По данным масштабного

исследования международной группы экспертов из ряда научных центров США и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) процент вторичного бесплодия у женщин репродуктивного возраста составляет 3,2% . Процент первичного бесплодия в России составляет 1,9. Во всем мире число бесплодных пар в 2010 г. оценивалось в 48,5 млн. Из них 29,3 млн не могут родить еще одного ребенка, помимо уже имеющихся детей [6].

По итогам отчета результатов Выборочного обследования репродуктивного здоровья российских женщин (ВОРЗ-2011) – совместной работы Росстата, Минздрава РФ, Фонда ООН в области народонаселения и ряда других организаций в России 3,2% женщин от 20 до 44 лет, которые неспособны к деторождению после предыдущих родов. Еще 1,9% женщин не могут родить вообще. Всего бесплодных пар в России 4,7 % [7].

В связи с этим, в последние годы во всем мире частота использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) растёт.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – все методы лечения или процедуры, которые включают в себя манипуляции invitro с человеческими ооцитами, спермой и эмбрионами с целью добиться наступления беременности. В развитых странах (страны Европы, США) удельная доля людей, родившихся с помощью ВРТ, достигает 1-2% [8].

По данным Регистра центров ВРТ Российской Федерации за 2012 г., в России на 1 млн населения в 2012 году было выполнено 438,7 циклов ВРТ (в 2011 г. – 398,3 цикла). В этом же году доля родов после ВРТ в нашей стране составила 0,77% от всех родившихся в 2012 г. [9].

Одним из широко применяемых методов ВРТ является суррогатное материнство. Этот метод используется при полной неспособности женщины выносить ребенка. Суть его заключается в том, что женщине (суррогатной матери) имплантируют в матку яйцеклетку, оплодотворенную в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), женщины, которая не может самостоятельно выносить плод, с условием последующего возврата родившегося ребенка генетическим родителям.

В нашей стране использование суррогатного материнства легально и возможно. Впервые ребенок, выношенный суррогатной матерью, был рожден в 1986 году, когда мать родила ребенка для собственной дочери, у которой с рождения отсутствовала матка.

Правовое положение суррогатного материнства в России нашло свое отражение в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года №323-ФЗ [3]. Суррогатному материнству в нем посвящена статья 55 «Применение вспомогательных репродуктивных технологий», в которой в первую очередь оговаривается то, что воспользоваться программой ВРТ, в частности услугами суррогатного материнства, могут «мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, ... при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство».

В п. 9 статьи 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дается определение понятия суррогатного материнства.

В п. 10 статьи 55 ФЗ №323 устанавливаются требования к возможной суррогатной матери:

- Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга.
- Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Равным образом, как и в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года №323-ФЗ медицинский аспект суррогатного материнства регламентирован и Приказом Министерства здравоохранения России от 30.08.2012 года №107н «О порядке использования вспо-

могательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к применению» [5]. В данном приказе подробно описаны порядок использования ВРТ, в том числе и суррогатное материнство, перечень противопоказаний, формы документов, обязательных к заполнению при проведении процедур ВРТ, а также основные показания к суррогатному материнству:

- отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
- соматические заболевания, при которых вынашивание беременности противопоказано;
- неудачные повторные попытки ЭКО при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.

Государственная регистрация ребенка, рожденного от суррогатной матери и сведения о его генетических родителях регулируются п. 4 статьи 51 «Запись Родителей ребенка в книге записей рождений» и п. 3 статьи 52 «Оспаривание отцовства (материнства)» Семейного кодекса РФ [1].

Данный документ гласит, что «лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери)» (СК РФ, статья 51). Во-первых, формулировка положения в Семейном кодексе противоречит таковой в ФЗ №323, так как в вышеупомянутом законе не оговаривается, что генетические родители должны состоять в браке. Во-вторых, генетические родители смогут стать полноценными родителями только лишь в том случае, если биологическая мать откажется от ребенка, заверив свой отказ в письменной форме. А также в нем говорится, что «супруги, давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине» и «суррогатная мать не вправе при оспаривании материнства и отцовства после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства» (СК РФ, ст. 52, п. 3).

В статье 16 ФЗ от 15.11.1997 года №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» указано, что медицинской организации необходимо представить документ, подтверждающий согласие суррогатной матери на запись супружеской пары родителями новорожденного [4]. Если же суррогатная мать не дает такого согласия и хочет оставить ребенка у себя, она сама регистрирует его рождение.

Немаловажное значение при законодательном решении вопросов, касающихся репродукции человека, имеют новые законы и нормативные акты общеевропейского уровня. Так 19 ноября 1996 г. Комитет министров Совета Европы принял Конвенцию по правам человека в биомедицине, которая является первым обязательным юридическим документом в области здравоохранения, направленным на защиту человека от возможных злоупотреблений, связанных с использованием новых биологических и медицинских методов и процедур. Также методы искусственного оплодотворения регулируются несколькими приказами, вытекающими из трех рекомендаций Парламентской ассамблеи Совета Европы, постановлениями, принятыми 16 марта 1969 г. Европейским парламентом, и решениями Комиссии по правам человека №6574/71 и №7654/76.

Исходя из приведенного выше, на сегодняшний день правовое регулирование суррогатного материнства в России неоднозначно. Законодательство РФ в части юридического регулирования вспомогательных репродуктивных технологий пока, к сожалению, весьма далеко от совершенства. Более того договор суррогатного материнства на законодательном уровне не урегулирован.

Согласно вышеперечисленному правовому регулированию суррогатного материнства в настоящее время возникает ряд проблем. Одной из наиболее актуальных – является право суррогатной матери записать себя в качестве матери ребенка или же отказать генетическим родителям быть записанными в качестве законных представителей младенца. Т.е. априори матерью ребенка является женщина, которая его родила – «мать определяется беременностью». Такая неоднозначная ситуация в последующем

может приводить к шантажу и вымогательству со стороны суррогатной матери. Здесь четко визуализируется неравноправие между суррогатной матерью и генетическими родителями, что противоречит ст. 1 Гражданского кодекса РФ, которая предусматривает в качестве основы гражданских правоотношений равенство их участников [2]. Помимо этого, ребенок уже родившись наделен правоспособностью и является гражданином той или иной страны, а в приведенной ситуации новорождённый, по сути, является объектом гражданских прав других людей, что также противоречит ст. 128 Гражданского кодекса РФ от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ. Но с другой стороны само определение суррогатного материнства, которое упоминается в п. 9 статьи 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не принуждает суррогатную мать отдать ребенка генетическим родителям [3].

Судебная практика доказывает необходимость обсуждения данной в проблемы. Так, например, дело №880-О от 15 мая 2012 года. Как следует из представленных материалов: 8 февраля 2010 года между супругами Ч. – генетическими родителями и гражданкой Р. был заключен договор об оказании услуг суррогатного материнства, согласно которому суррогатная мать после имплантации ей эмбриона, полученного путем экстракорпорального оплодотворения половых клеток генетических родителей, в случае наступления беременности, принимает на себя обязательства по вынашиванию, родоразрешению и передаче рожденного ребенка генетическим родителям. 15 июня 2010 года она забрала из клиники свое заявление на участие в программе суррогатного материнства, оставив расписку о его получении, 4 ноября 2010 года родила ребенка, а 14 декабря 2010 года по ее заявлению органами записи актов гражданского состояния была произведена запись о рождении ребенка, матерью которого записана Р., а отцом – ее бывший супруг с его согласия [6].

В 2015 году в городе Санкт-Петербург произошёл случай, который вызвал широкий резонанс среди населения нашей страны. Семья Фроловых обратилась в агентство суррогатного материнства с целью найти суррогатную мать, которая согласилась бы выносить их ребенка. Таковой оказалась 35-летняя Татьяна Суздалева. Но на седьмом месяце беременности гражданка Суздалева вышла из программы и родила двоих детей втайне от биологических родителей. На сегодняшний день суррогатная мать отказывается передать детей их биологическим родителям и требует повышение гонорара с 900 тысяч рублей до 1,5 миллиона рублей.

Сегодня в отношении суррогатного материнства выделяют несколько групп стран:

Страны, где законодательно разрешено суррогатное и репродуктивное материнство, в том числе и коммерческое:

США (в большинстве штатов, хотя законодательство сильно отличается от штата к штату), Южно-Африканская республика, Украина.

Страны, где разрешено лишь некоммерческое суррогатное материнство:

Австралия, Великобритания (допускается оплата текущих расходов суррогатной матери), Дания (с серьезными ограничениями), Израиль, Испания, Канада, Нидерланды (запрещена реклама суррогатного материнства, предложение услуг суррогатных матерей и их подбор), отдельные штаты США (Нью-Гемпшир, Вирджиния).

Страны, где суррогатное материнство запрещено законом:

Австрия, Германия (наказание несут врачи и посредники, а не родители и суррогатная мать), Норвегия, Швеция, отдельные штаты США (Аризона, Мичиган, Нью-Джерси), Франция.

Никак не регулируется законом, но имеет место:

Бельгия, Греция, Ирландия, Финляндия.

В свою очередь имеется ряд стран, которые иначе подошли к правовому регулированию суррогатного материнства, отдав преимущество генетическим родителям. Так в Белоруссии в соответствии со ст. 53 семейного Кодекса Республики Беларусь «Суррогатное материнство», матерью ребенка, рожденного с использованием суррогатного материнства, вне зависимости от того, дала согласие суррогатная мать или нет, признается генетическая мать [11]. Такой подход, на наш взгляд, является наиболее рациональ-

ным, так как не оставляет возможности за суррогатной матерью угрожать генетическим родителям или шантажировать их. Женщина, вынашивающая ребенка, после его рождения не имеет на него никаких прав. При этом само законодательство Белоруссии наиболее подробно затрагивает правовую сторону данного вопроса, определяя требования к оформлению договора между суррогатной и генетической матерью.

Так же как и в Белоруссии, законодательство Украины оговаривает необходимость заключения договора между генетической и суррогатной матерями, четко регламентируя основные его составляющие, а также императивно устанавливает правило записи в качестве родителей ребенка, рожденного по программе суррогатного материнства, именно его генетических родителей [11].

Аналогичная ситуация встречается и в законодательстве Республики Казахстан. Кодекс «О браке (супружестве) и семье» от 07.01.2012 года содержит главу 9 «Суррогатное материнство и применение вспомогательных репродуктивных методов и технологий», где в отличие от российского законодательства, определяется порядок заключения/расторжения договора о суррогатном материнстве [12].

В США, в связи с тем, что каждый штат независим друг от друга, правовое регулирование суррогатного материнства различно. Так, например, в Калифорнии для присвоения родительских прав на ребенка, рожденного суррогатной матерью, биологическим родителям необходимо обратиться в суд. Такой подход является более целесообразным, нежели чем в Российской Федерации, так как решается лицом не заинтересованным в данном деле (решение суда всегда объективно). Но, несмотря на четко прописанные правила и улучшенное правовое регулирование, не обошлось и без судебных прецедентов. Дело генетических родителей К. и М. Калвертов против суррогатной матери Э. Джонсон (Калифорния, 1990 г.), которая выносила ребенка Калвертов после процедуры ЭКО и отказалась передавать его заказчикам после родов. Процесс закончился победой Калвертов [7]. В Вирджинии приоритет на получения прав ребенка отдается генетическим родителям [14].

А в Индии, являющейся одним из мировых центров суррогатного материнства, данная процедура является источником дохода как для самих суррогатных матерей, так и для государства в целом, в последние годы в Индии отмечается ужесточение законодательства в сфере суррогатного материнства. Характерным примером перемен является дело «Балаз против Индийского союза» (2009 г.), когда Верховный суд штата Гуджарат присвоил индийское гражданство двум детям, рожденным суррогатной матерью, отец которых был гражданином Германии. Суд в решении отметил: «Мы в первую очередь заинтересованы в правах двух новорожденных… гораздо больше, чем в правах биологических родителей… Эмоциональная и правовая связь младенцев с суррогатной матерью… также имеет жизненно важное значение» [14].

Подводя итоги и резюмируя вышеизложенное, в некоторых государствах законодательство более подробно регламентирует правовые отношения в сфере суррогатного материнства, чем в РФ. Очевидно, что правовая база в России не идеальна и определяет далеко не все стороны и аспекты суррогатного материнства, что приводит к конфликтам среди граждан, использующих данный метод вспомогательных репродуктивных технологий. Нормативно-правовые акты в настоящее время не учитывают интересы биологических родителей, отдавая преимущество суррогатной матери, даже несмотря на то, что она является только лишь «гестационным курьером», т.к.согласно статье 55 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года, не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Решением такой проблемы может послужить внесение изменений в сегодняшнее законодательство, которые бы регламентировали основные аспекты договора между генетическими родителями и суррогатной матерью, надежно защищая обе стороны. А так же необходимо привести в соответствие нормативно- правовые акты с одинаковой юридической силой – ФЗ №323 и Семейный Кодекс РФ – в части установления происхождения ребенка для единообразия в судебном правоприменении. Приоритет в выборе родителей должен отдаваться биологическим, так как именно их генетический материал в нашей стране используется в суррогатном материнстве.

Список литературы:

1. *Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ // Собрание законодательства РФ от 01.01.1996, №1, ст. 16.*
2. *Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ // Собрание законодательства РФ от 05.12.1994 г. №32 ст. 3301.*
3. *Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // Российская газета от 23.11.2011 №263.*
4. *Федеральный закон «Об актах гражданского состояния» от 15.11.1997 №143-ФЗ // Российская газета от20.11.1997 №224.*
5. *Приказ Минздрава России от 30.08.2012 №107н (ред. от 11.06.2015) «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.02.2013 №27010) // Российская газета, спецвыпуск, №78/1 от 11.04.2013.*
6. *Определение Конституционного Суда РФ от 15.05.2012 №880-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Ч.П. и Ч.Ю. на нарушение их конституционных прав положениями пункта 4 статьи 51 Семейного кодекса Российской Федерации и пункта 5 статьи 16 Федерального закона «Об актах гражданского состояния».*
7. *Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA (2012) National, Regional and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoSMef 9(12): e1001356. https://foo.org/10.1371/journal.pmed.1001356*
8. *Вершинина, Е. В. Суррогатное материнство в России и зарубежных странах: сравнительно-правовой анализ Е. В. Вершинина // Семейное и жилищное право. 2011. №1. С. 78-91.*
9. *Кешишян Е.С., Царегородцев А.Д., Зиборова М.И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения// Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. №5. С. 15-25.*
10. *Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2012 год. Проблемы репродукции. 2014. №5. С. 13-15.*
11. *Павлова Ю.В. Проблемы правоприменительной практики при государственной регистрации рождения детей, родившихся в результате применения методов искусственной репродукции // Медицинское право: теория и практика. 2015. №2 (2). Том 1. С. 225.*
12. *Пестрикова А. А. Указ. соч. С. 49 ; California Surrogacy Law. URL: http://www.britishsurrogacycentre.com/surrogacy-laws/*

13. *Решетов Д.Г. Право ребенка на семейное воспитание: суррогатная мать или генетические родители? Моральный и юридический аспекты [Электронный ресурс] // Российское право онлайн – сетевой журнал-2017-№2.-С.70-79 // http://rus-law.online/articles/article_103515.html (дата обращения: 16.10.2017).*
14. *Хабибулина Д.Г. Боброва Г.С. Правовые аспекты суррогатного материнства в Российской Федерации и зарубежных странах. Теория и практика современной юридической науки [Электронный ресурс] // Сборник научных трудов по итогам международной межвузовской научно-практической конференции. 2016.*

Об авторах:

Павлова Юлия Сергеевна – студентка лечебного факультета ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москвае-mail: iu.pavlova@yandex.ru

Смирнова Дарья Александровна – студентка лечебного факультета ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: smirn.daria2014@icloud.com

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Julia Sergeevna Pavlova – student of the medical faculty Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Daria Aleksandrovna Smirnova – student of the medical faculty Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Julia Vladimirovna Pavlova – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Павлова Ю.С., Смирнова Д.А., Павлова Ю.В., 2017

Павлова А.А.

ОБЪЕМ И ХАРАКТЕР ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА ЖИЗНИ И (ИЛИ) ЗДОРОВЬЮ НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Статья посвящена анализу нормативно-правовой базы, регулирующей возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи в рамках гражданского судопроизводства. А именно, изучению условий наступления данного рода ответственности и способов компенсации вреда. Такие блага как жизнь и здоровье занимают особое место в иерархии человеческих ценностей, поскольку являются одними из высших благ человека, без которых могут утратить значение многие другие блага. Все это обуславливает необходимость особой ответственности за их умаление. С каждым годом увеличивается число судебных споров, связанных с причинением вреда жизни и здоровью, что зачастую напрямую связано с пробелами законодательства, а именно с отсутствием специализированных норм, регулирующих данные правоотношения. Данный аспект свидетельствует, что актуальность исследования вопросов, связанных с ответственностью за причинение вреда жизни и здоровья, очевидна.

Ключевые слова: *ненадлежащее оказание услуг, медицинская помощь, ответственность, жизнь и здоровье, гражданское право, возмещение вреда.*

Anna A. Pavlova

VOLUME AND CHARACTER OF INDEMNIFICATION OF THE HARMFUL OF LIFE AND (OR) HEALTH ON THE EXAMPLE OF PROVISION OF MEDICAL SERVICES

The article is devoted to the analysis of the legal framework regulating the compensation for harm caused to life or health as a result of inadequate medical care in the framework of civil proceedings. Namely, the study of the conditions for the onset of this kind of responsibility, and ways of compensation for harm. Benefits such as life and health occupy a special place in the hierarchy of human values, as are some of the highest human values without which you can lose the importance of many other benefits. All this necessitates a special responsibility for their depreciation. Every year an increasing number of legal disputes associated with causing harm to life and health, which is often directly related to gaps in legislation, namely the lack of specialized rules governing the legal relations. This aspect shows that the relevance of the study of issues related to responsibility for causing harm to life and health are obvious.

Key words: *inadequate provision of services, medical care, responsibility, life and health, civil law, compensation for harm.*

Здоровье – одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение многие другие блага и возможность пользоваться другими правами (выбор профессии, свобода передвижения и др.) [8, с. 5].

Осуществляя свое право на здоровье, человек может его беречь или не беречь, восстанавливать или не восстанавливать, однако предполагается, что никто не вправе вмешиваться в процессы осуществления жизнедеятельности субъекта, негативно влиять на них [15, с. 196].

В ч. 1 ст. 41 Конституции РФ закреплено одно из важнейших социальных прав человека и гражданина – право на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также гарантии его реализации [1].

Необходимо отметить, что здоровье является не только личным благом гражданина, а имеет еще и социальный характер. Иначе говоря, не только каждый человек должен заботиться о своем здоровье, но и государство обязано принимать все необходимые меры, содействующие сохранению и улучшению здоровья его граждан, препятствующие посягательству кого бы то ни было на здоровье граждан.

Следовательно, каждый гражданин имеет право на возмещение вреда причиненного жизни или здоровью при ненадлежащем оказании медицинских услуг, а государство обязано обеспечивать необходимые условия, для защиты здоровья граждан, а также создавать возможность реального возмещения причиненного вреда.

В частности, согласно п. 9 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее №323–ФЗ), право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи, является одним из прав пациента [4].

Поскольку объектами медицинской деятельности являются жизнь и здоровье человека, то опасность причинения вреда указанным важнейшим нематериальным благам при оказании медицинской помощи высока. Вред здоровью может быть причинен при неоказании медицинской помощи, при несвоевременном или ненадлежащем ее оказании. Этот вред может быть причинен в силу различных причин. Так, он может быть причинен вслед-

ствие неправильного диагноза, использования некачественных лекарств, ошибок, допущенных медицинским персоналом и т.д.

Правовым основанием гражданско-правовой ответственности за причинение вреда вследствие ненадлежащего оказания медицинской услуги являются нормы главы 59 ГК РФ «Обязательства вследствие причинения вреда». Так, ст. 1064 ГК РФ выражает принцип генерального деликта, согласно которому вред, причиненный субъекту гражданского права, подлежит возмещению в полном объеме лицом, его причинившим [3].

Вместе с тем, п. 3 ст. 98 №323-ФЗ определяет, что вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Статьей 1068 ГК РФ установлено, что «юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей». При этом, работниками признаются граждане, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), а также граждане, выполняющие работу по гражданско-правовому договору, если при этом они действовали или должны были действовать по заданию соответствующего юридического лица или гражданина и под его контролем.

Следовательно, при наличии указанных выше условий иск о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи необходимо предъявлять медицинской организации.

Фактическим основанием ответственности медицинского учреждения (врача) является вред, причиненный жизни и здоровью пациента. В целом, для возложения ответственности за причинение вреда необходимо, как правило, наличие четырех условий:

1. Противоправность поведения. Это обязательное условие для наступления гражданско-правовой ответственности (за исключением случаев применения необходимой обороны и иных случаев, предусмотренных законом), которое может проявляться как в действии, так и в бездействии [7, с. 31].

Противоправность поведения выражается в форме неисполнения или ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей. Применительно к субъектам, оказывающим медицинскую услугу, признаки противоправных действий заключаются в следующем: совершение деяний, не отвечающих полностью или частично официальным требованиям (закону, инструкциям и т.д.); несоответствие медицинской услуги стандарту, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям [11, с. 5].

В качестве противоправного бездействия можно рассматривать непредставление пациенту информации о предстоящем медицинском вмешательстве в полном объеме, невыполнение диагностических исследований в требуемом объеме в соответствии со стандартами и пр. [10, с. 330].

2. Вина. В отличие от уголовного права в гражданском праве, по общим правилам, при привлечении к ответственности действует правило презумпции вины. А именно, причинитель вреда должен будет в суде отстаивать и доказывать свою непричастность к причинению вреда, то есть для суда он является заведомо виновным и в течение судебного порядка, должен доказать обратное. Согласно общему правилу состязательности сторон, пациент в свою очередь может приводить свои факты и доказательства причастности обвиняемого к содеянному и требовать возмещения вреда.

Вместе с тем, в ГК РФ предусмотрено основание для освобождения от возмещения вреда: «Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине (п. 2 ст. 1068 ГК РФ)». Например, если будет доказано, что состояние здоровья пациента ухудшилось в связи с тем, что он добровольно отказывался принимать необходимые лекарственные средства (или использовал неправильную дозировку), то медицинская организация будет освобождена от ответственности.

Необходимо учитывать, что практически любое медицинское вмешательство сопровождается рисками осложнений и иных последствий, в отношении которых не известно, наступят ли они. Такие телесные повреждения, без которых невозможна медицин-

ская помощь, являются неизбежными. Нельзя провести обследование и лечение без тех умалений здоровья, которыми медицинская помощь сопровождается обязательно. Следовательно, в таких случаях можно говорить об отсутствии вины исполнителя медицинской услуги.

В то же время, гражданско-правовая ответственность может наступить и при отсутствии вины исполнителя медицинской услуги, что обговаривается в статье 1095 ГК РФ.

В медицинской деятельности при диагностировании и лечении часто используются предметы, вещества, представляющие собой источники повышенной опасности. К ним могут быть отнесены, в частности, рентгеновские и лазерные установки, электрические установки, сильнодействующие лекарственные препараты, некоторые методы диагностирования и т.п. [12, с. 4-5]. В случае отнесения законодателем отдельных видов медицинских услуг к деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих, медицинское учреждение должно нести гражданско-правовую ответственность как владелец источника повышенной опасности на основании ст. 1079 ГК РФ.

3. Причинная связь между противоправным поведением и наступившим вредом. Для того чтобы суд удовлетворил требования пациента, должен быть доказан такой факт как причинно–следственная связь, то есть наличие прямой связи между совершенными действиями (бездействиями) медицинского работника при оказании медицинской помощи и негативными последствиями, возникшими после оказания данного рода услуги.

Причинная связь может быть очевидной (повреждение органа пациента при операции), так неочевидной, когда неблагоприятный результат не следует непосредственно после неправомерных действий или порождает целый ряд отрицательных факторов, усложняющих оценку состояния здоровья пациента. В этом случае оценку причинения вреда и причинную связь с противоправным поведением медицинского работника определяет эксперт.

Например, в Апелляционном определение СК по гражданским делам Верховного Суда Кабардино-Балкарской Республики от 24 июня 2015 г. по делу №33-708/2015 указано, что гражданка С. обратилась в суд с иском к «Городской клинической больнице №1». Истица указывала, что 30 августа 2012 года во время нахождения в Центре, скончалась ее дочь. В ходе расследования было установлено, женщина, находившаяся на 32–33 неделе беременности, 25 августа 2012 года была доставлена в приемный покой родильного отделения с жалобами на тошноту, рвоту, схваткообразные боли в области живота. Эксперт установил, что больная не была своевременно госпитализирована в стационар родильного отделения, не организована и не проведена акушерско-гинекологическая и реанимационная помощь, выставлен неверный диагноз, в результате чего девушка была неправомерно переведена в инфекционное отделение с диагнозом «пищевая интоксикация, хронический пиелонефрит, ремиссия». В результате ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей дежурным врачом–инфекционистом, тяжесть состояния погибшей была неправильно оценена, медицинская помощь была оказана неправильно [17].

В отличие от видов ответственности, предусмотренных нормами других отраслей права, где основной задачей является наказание правонарушителя, имущественная ответственность, возлагаемая на причинителя вреда, носит в первую очередь компенсационный характер.

Как было отмечено ранее, медицинская организация в случае ненадлежащего оказания медицинских услуг обязана возместить потерпевшему все убытки. Также, по договору оказания медицинских услуг, если медицинское вмешательство, которое не привело к ожидаемому результату, хоть и вреда здоровью не принесло, будет являться ненадлежащим оказанием услуги.

Согласно статье 1085 ГК РФ, в сфере медицинских услуг под реальным ущербом принято понимать необходимые затраты, связанные с восстановлением здоровья (расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход).

При этом законодатель обращает внимание, что расходы подлежат возмещению причинителем вреда, если будет установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода, но не имеет права на их бесплатное получение.

В соответствии с этой же статьей, при определении утраченного заработка наличие пенсии или иных пособий по инвалидности, назначенных потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, назначенные как до, так и после причинения вреда, не будут являться основанием для уменьшения размера возмещения вреда. В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок (доход), получаемый потерпевшим после повреждения здоровья [9, с. 4].

Статья 1086 ГК РФ регулирует определение заработка в результате повреждения здоровья. Пункт третий данной статьи достаточно полно содержит правила учета среднего размера заработной платы, а также учитывает многие нюансы.

Нередко в судебной практике встречаются разногласия по поводу выплат ущерба, в случае смерти лица при ненадлежащем оказании медицинских услуг. Гражданский кодекс регулирует и данный вопрос.

Статья 1088 ГК РФ включает в себя перечень лиц, которые в случае смерти потерпевшего имеют право на возмещение вреда и определенные сроки, до которых причинитель вреда обязать выплачивать ущерб (ребенку умершего, родителям, лицам находящимся на иждивении т.д.) Размер возмещения вреда, понесенного в случае смерти кормильца, зафиксирован в статье 1089 ГК РФ.

Гражданское законодательство также закрепляет, что лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить все расходы на погребение умершего. Данный платеж не будет учитываться в счет возмещения вреда (ст. 1094 ГК РФ).

Как известно, вред бывает как материальный, так и моральный. Иски о компенсации морального вреда в сфере медицинских услуг также распространены. К моральному вреду можно отнести: переживаемую физическую боль, связанную с причиненным увечьем, или заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий, психическую травму, раскрытием семейной, врачебной тайны, нравственные переживания в связи утраты родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы и др. [13, с. 8].

Общие положения компенсации морального вреда установлены ст. 1099-1101 ГК РФ, разделом IV «Отдельные виды обязательств» части второй ГК РФ, а также Законом РФ «О защите прав потребителей».

Согласно статье 1101 ГК РФ, размер компенсации вреда определяется судом с учетом разумности и справедливости. То есть законодательство РФ четко не прописывает и не определяет размер компенсации морального вреда, а возлагает это непосредственно на судью. Неудивительно, что размер компенсации морального вреда не всегда удовлетворяет требования истца.

Для примера рассмотрим Кассационное определение Санкт–Петербургского городского суда [19].

Б. обратилась в суд с иском о взыскании компенсации морального вреда в размере 500 000 рублей. В обоснование заявленных требований истица указывала, что 23 декабря 2010 года была госпитализирована в больницу ответчика в плановом порядке по направлению и находилась там по 6 января 2011 года. После оказания медицинской помощи состояние истицы ухудшилось, сын истицы обнаружил на теле последней множество синяков и кровоподтеков, причину возникновения которых истица пояснить не смогла. По результатам проведенной экспертизы были выявлены ошибки медицинского персонала при проведении лечебно-диагностических мероприятий, неправильно поставленный диагноз.

Решением Приморского районного суда Санкт-Петербурга от 15 ноября 2011 года исковые требования были удовлетворены частично, с ответчика в пользу истицы взыскана компенсация морального вреда в лишь размере 5 000 рублей. В кассационной инстанции суд оставил указанное решение без изменения.

Но, безусловно, не всегда компенсация морального вреда настолько мала.

Например, районными (городскими) судами Пермского края также рассматривались иски о компенсации морального вреда вследствие причинения вреда жизни и здоровью [18].

Александровским городским судом Пермского края рассмотрены требования п., действующей в собственных интересах, а также интересах малолетней дочери – К., к ГБУЗ Пермского края

о взыскании компенсации морального вреда в размере 5000000 рублей, за причинение здоровью дочери вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи. Принимая решение об удовлетворении заявленных требований, суд первой инстанции исходил из того, что имеющиеся в материалах дела доказательства подтверждают наличие дефектов оказания истцу и его ребенку медицинской помощи персоналом ответчика.

Исходя из того, что ненадлежащее качество медицинских услуг послужило одним из условий, приведшим к инвалидности дочери истца, суд определил ко взысканию компенсацию морального вреда п. в размере 400 000 рублей, ее дочери К. в размере 1 000 000 рублей.

Также следует упомянуть, что на определение размера компенсации влияют разные обстоятельства. Например, при рассмотрении дел о компенсации морального вреда членам семьи или иждивенцам в связи со смертью потерпевшего во внимание должны приниматься не столько родственные, сколько личные отношения, степень моральной и материальной зависимости, изменение качества жизни иждивенцев и т.п. [14, с. 45].

Особо следует отметить, что в системе здравоохранения к соблюдению прав пациента относится, как информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и право на соблюдение врачебной тайны. Как показывает практика, только в отношении каждого пятого пациента предписания о порядке оформления информированного добровольного согласия выполняются надлежащим образом, а 2/3 пациентов не уверены в сохранении персоналом врачебной тайны.

При большей правовой грамотности населения медицинские организации уже в настоящее время столкнулись бы с огромным числом исков, в первую очередь связанных с проблемой компенсации морального вреда. Но на данный период времени можно найти небольшое количество исков по компенсации морального вреда за разглашение медицинской тайны, по которым бы суд выносил решение в пользу истца.

Также, хотелось бы раскрыть дополнительные нюансы и меры ответственности, связанные с использованием статей Закона «О

защите прав потребителей» (далее ЗоЗПП), применимым к медицинской сфере [6].

Так, ст. 12-17 данного закона подробно раскрывают ответственность исполнителя услуг за ненадлежащую информацию об услуге, об исполнителе услуги, за нарушение прав пациентов как потребителей в случае причинения последним имущественного или морального вреда из-за некачественного оказания услуги или из-за недействительности условий договора, ущемляющих права потребителей, установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Не стоит забывать и о том, что в соответствии с п. 5 ст. 28 ЗоЗПП за нарушение сроков удовлетворения отдельных требований потребителя исполнитель уплачивает ему неустойку. Однако размер такой неустойки не может превышать цену услуги.

Кроме того, п. 6 ст. 13 ЗоЗПП предусмотрено, что при удовлетворении судом требований потребителя, установленных законом, суд взыскивает с исполнителя за несоблюдение в добровольном порядке требований потребителя штраф в размере 50% суммы, присужденной судом в пользу потребителя. Однако указанный штраф подлежит взысканию только в том случае, если пациент предъявлял медицинской организации требования, предусмотренные ЗоЗПП, а медицинская организация эти требования, впоследствии признанные судом законными, не удовлетворила.

Безусловно, учитывая положения ст. 333 ГК РФ, если подлежащая уплате неустойка явно несоразмерна последствиям нарушения обязательства, суд вправе уменьшить ее [2].

Следует учитывать, что в п. 34 Постановления Пленума ВС РФ №17 указано, что применение ст. 333 ГК РФ по делам о защите прав потребителей возможно в исключительных случаях и по заявлению исполнителя с обязательным указанием мотивов, по которым суд полагает, что уменьшение размера неустойки является допустимым [5].

Необходимо отметить, что проведенное исследование, доказывает неоднозначность оценки результата медицинской услуги, так как в отличие от других сфер профессиональной деятельности, в медицине неблагоприятный и даже летальный исход не

всегда является противоестественным и противоправным, учитывая особенности организма человека и характер конкретного заболевания.

С одной стороны и ГК РФ, и нормы ЗоЗПП детально регулируют порядок возмещения вреда причиненного жизни или здоровью. Вместе с тем, объектом воздействия медицинской услуги являются особо ценные, значимые личные неимущественные блага гражданина – жизнь, здоровье, физическая неприкосновенность, что подразумевает особый подход к правовому регулированию ответственности исполнителя медицинской услуги.

Отдельным пунктом законодатель выделяет возмещение вреда жизни и здоровью при ненадлежащем оказании услуг несовершеннолетнему, в частности, статья 1087 ГК РФ включает в себя несколько особенностей, связанных с возрастной категорией потерпевшего.

Что касаемо исковой давности, то по общему правилу, на требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, исковая давность не распространяется. Однако требования, предъявленные по истечении трех лет с момента возникновения права на возмещение такого вреда, удовлетворяются не более чем за три года, предшествовавшие предъявлению иска (ст. 208 ГК РФ).

В связи с этим, можно сделать вывод о том, что нормы действующего законодательства закрепили лишь общие подходы к регулированию отношений, связанных с оказанием медицинских услуг, и ни одна норма не содержит особенностей возмещения вреда жизни и здоровью именно при ненадлежащем оказании медицинской помощи, что затрудняет реальное получение надлежащей защиты потерпевшему пациенту и (или) его законному представителю. Серьезной практической и теоретической проблемой остается определение правового механизма оценки качества оказываемых медицинских услуг. А размер компенсации морального вреда при ненадлежащем оказании медицинских услуг определяется непосредственно судом. Но как определить степень физических и нравственных страданий, которое претерпевает лицо, где та грань соблюдения требований разумности и справедливости, если этот вред неощутим для постороннего? По мнению автора, в определение именно той самой степени разумности и справедливости, о которой гласит нам законодательство и кроется самая большая проблема. Ведь определить степень физических и нравственных страданий, может только специалист.

Сразу напрашивается вопрос, всегда ли при решении данных исков суды обращаются к специалистам или выносят на базе предоставленных доказательств лишь свое субъективное мнение? А ведь жизнь и здоровье человека – это та самая незыблемая и невосполнимая ценность, которую, как показывает практика, не восстанавливается даже в заявленном денежном эквиваленте.

Таким образом, представляется целесообразным включение в ГК РФ отдельных норм, определяющих особенности ответственности при ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 // Российская Газета. 1993 г. №237.*
2. *Гражданский Кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ (ред. от 29.07.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.08.2017) // Собрание Законодательства РФ от 05.12.1994. №32, ст. 3301.*
3. *Гражданский Кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 г. №14-ФЗ (ред. от 28.03.2017) // Собрание законодательства РФ от 29.01.1996 г. №5.*
4. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) (ред. от 29.07.2017) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. №48 ст. 6724.*
5. *Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.12 №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Российская газета от 11 июля 2012 г.*
6. *Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 01.05.2017) // Собрание законодательства РФ от 15.01.1996 г. №3.*
7. *Амелина К.Е., Виноградова Т.С., Ковалева М.А. Правоведение. Сборник схем и задач: учебное пособие // М.: МГТУ им. Н. Э. Баумана. 2008. 95 с.*
8. *Комментарий к Конституции Российской Федерации (под ред. В.Д. Зорькина, Л.В. Лазарева) // «Эксмо». 2010. С. 20.*

9. *Мандрюков А.А. Последствия оказания медицинской услуги ненадлежащего качества // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2014. №12. С. 30.*
10. *Павлова Ю.В., Сергеев Ю.Д., Каменская Н.А., Поспелова С.И. Правоведение. Медицинское право. Учебник (гриф ФИРО) // М.: ООО «Издательство Медицинское информационное агентство. 2014. С. 552.*
11. *Ситдикова Л.Б. Гражданско-правовая ответственность в сфере оказания медицинских услуг // Медицинское право. 2012. №3. С. 45.*
12. *Ситдикова Л.Б. Правовые критерии оценки качества медицинских услуг // Медицинское право. 2010. №4. С. 15.*
13. *Тихомирова Л.В., Тихомиров М.Ю. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью: практическое пособие (под ред. М.Ю. Тихомирова) // Изд. «Тихомирова М.Ю.», 2011. С. 98.*
14. *Филиппов Ю.Н, Абаева О.П., Филиппов А.Ю. Проблемы компенсации морального вреда, связанного с оказанием медицинской помощи. // Медицинское право. 2014 г. №1. С. 213.*
15. *Хватова М.А. Природа личных неимущественных прав и их связь с имущественными правами: теоретические подходы. // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2015. № 6-2 (56). С. 195-198.*
16. *Хватова М.А. Право на жизнь – личное неимущественное право человека // Современные тенденции и проблемы развития экономики, управления и права. 2014. С. 279-287.*
17. *Апелляционное определение СК по гражданским делам Верховного Суда Кабардино-Балкарской Республики от 24 июня 2015 г. по делу №33-708/2015 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. апрель 2015 г. №4.*
18. *Решение Александровского городского суда Пермского края по делу №2-461/2014, №33-9489/2014. Государственная автоматизированная система РФ «Правосудие». URL: http://oblsud.perm.sudrf.ru(дата обращения 17.10.2017).*
19. *Кассационное определение Санкт-Петербургского городского суда от 27.03.2012 №33-3728/2012. Официальный сайт Санкт-Петербургского городского суда. URL: http://www.sankt-peterburgsky.spb.sudrf.ru (дата обращения 17.10.2017).*

Об авторе:

Павлова Анна Александровна – студентка 4 курса кафедры «Юриспруденция, интеллектуальная собственность и судебная экспертиза» Московского Государственного Технического Университета имени Н.Э. Баумана (национальный исследовательский университет), e-mail: AnniaPavlova@yandex.ru

Anna Aleksandrovna Pavlova – 4nd 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

© Павлова А.А., 2017

Паршутина А.А., Кузьмин К.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО СТАТУСА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ С УЧЁТОМ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью определения особенностей правового статуса онкологических больных с учетом судебной практики.

Ключевые слова: *оказание медицинской помощи онкологическим больным, контроль качества оказанной медицинской помощи, ненадлежащее оказание медицинской помощи, судебная практика.*

Alexandra A. Parshutina, Kirill V. Kuzmin

SPECIAL ASPECTS OF THE LEGAL STATUS OF ONCOLOGY PATIENTS IN THE FIELD OF HEALTH PROTECTION BASED ON THE JUDICIAL PRACTICE

The article is devoted to analysis of legislation in the field of healthcare for the purpose of determination the peculiarities of the legal status of cancer patients taking into account the judicial practices.

Key words: *medical assistance to cancer patients; quality control of medical assistance; improper medical assistance; judicial practice.*

В Российской Федерации обеспечено конституционное право на бесплатное лечение любых заболеваний, в том числе и онкологических. Согласно статье 41 п. 1 Конституции РФ «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Кроме того, в Федеральном Законе от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], а именно в п. 1 ст. 19 указано: «Каждый имеет право на медицинскую помощь», а в п. 2 ст. 19 того же закона: «Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования».

Права онкобольных и порядок оказания им медицинской помощи определены Федеральным Законом от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], ФЗ от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [2], ФЗ от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» [3]. Кроме этого, права больных в сфере лекарственного обеспечения определяются Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [4], Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» [5], Постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» [6]. Доступность лекарственных препаратов для онкологических больных определена перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов – ПЖНВЛП (распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2016г. №2885-р [7]).

Таким образом, система законодательства гарантирует права онкобольных. Но в процессе реализации этих прав возникают проблемы, главные из которых: несвоевременная постановка диагноза, низкая онконастороженность медработников, неэффективность диспансеризации, и, даже при верной и своевременной постановке диагноза, – проблема лекарственного обеспечения и ненадлежащего оказания медицинской помощи. Несоблюдение прав, в свою очередь, служит поводом для обращений в суд. И их количество, как показывает правоприменительная практика, не уменьшается, а возрастает. Основанием для судебных разбирательств является наличие дефекта при оказании помощи он-

кобольным. Под «дефектом оказания медицинской помощи» понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медицинской помощи, которое привело или могло бы привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

Для установления фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи, которая оказывается в системе обязательного медицинского страхования, назначается экспертиза качества медицинской помощи, порядок проведения которой регламентируется Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [10]. В соответствии с вышеуказанным приказом цель ее проведения – «выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата» (п. 1 ст. 64 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1]. Критерии оценки указаны в Приложении к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (вступил в силу с 1 июля 2017 г.) [8]. В случае выявления нарушений наступает один из видов ответственности: административная, гражданско-правовая, уголовная или несколько видов одновременно.

Онкозаболевания занимают 2 место в списке основных причин смертности населения в России (на основании статистических данных РосЗдравНадзора), а распространенность и заболеваемость новообразованиями растут по всему миру, к тому же имеется неблагоприятная тенденция омоложения многих форм патологии. В связи со значимостью этой патологии, принят Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 июля 2017 г. №379н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №915н (вступил в силу 5 августа 2017 г.) [9], который регламентирует порядок и сроки оказания медицинской помощи таким больным. Согласно этому приказу консультация в первичном онкологическом кабинете должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию, врач-онколог в течение 1 дня с момента установления предварительного диагноза злокачественного новообразования организует взятие биопсийного материала, а также организует направление пациента для выполнения иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, распространенности онкологического процесса и стадирования заболевания. Далее в течение 15 рабочих дней выполняется патолого-анатомическое исследование, необходимое для гистологической верификации злокачественного новообразования. Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи не должен превышать 10 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 15 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патолого-анатомических исследований в амбулаторных условиях). Таким образом, с момента обращения пациента с онкозаболеванием за помощью до постановки диагноза должно пройти не больше 1 месяца, и далее не больше 2 недель – до начала оказания специализированной помощи. Несоблюдение этих сроков – также один из поводов для обращения пациентов в суд по поводу некачественного оказания медицинской помощи.

Как уже было сказано ранее, некачественное оказание медицинской помощи именуется «дефектом оказания медицинской помощи». Принята определенная классификация дефектов медицинской помощи в зависимости от их характера: лечебно-диагностические дефекты, дефекты организации медицинской помощи, дефекты ведения медицинской документации, этико-правовые дефекты. Несмотря на то, что каждый из вышеперечисленных дефектов ведет к наступлению той или иной ответственности, де-

фекты организации медицинской помощи и лечебно-диагностические дефекты наиболее значимы в аспекте оказания помощи онкологическим больным.

Анализ правоприменительной практики позволяет сделать вывод о том, что наблюдается нарастание количества судебных разбирательств, в особенности гражданских дел, которые связаны с возмещением вреда здоровью и морального вреда, связанных с некачественным оказанием помощи онкобольным. В частности, это можно увидеть в следующих примерах.

Апелляционное определение СК по гражданским делам Верховного Суда Республики Бурятия от 08 августа 2016 г. по делу №33-4275/2016

Обращаясь в суд с иском к ГБУЗ «Бурятский республиканский клинический онкологический диспансер», истец … просила взыскать с ответчика компенсацию морального вреда в размере ... руб.

Истец полагает, что врачи онкологического диспансера оказали ее мужу неполную, некачественную медицинскую помощь, неправильно поставили диагноз, в результате чего супруг своевременно не прошел соответствующее лечение от «... «При установлении своевременного и правильного диагноза он мог бы избежать последствий данного заболевания. В связи со смертью мужа ей причинены нравственные страдания, «...» Опираясь на вышеизложенное, компенсацию морального вреда в связи с утратой мужа она оценивает в ... руб.

Решение суда:

Несмотря на то, что прямая причинно-следственная связи между смертью пациента и действиями врачей онкологического диспансера отсутствует, судебная коллегия считает, что вина врачей данного медицинского учреждения в несвоевременном диагностировании «...» у П…, обратившегося к врачам – онкологам за оказанием медицинской помощи, установлена. Именно несвоевременное диагностирование болезни, не проведение соответствующего лечения против «...» заболевания, отрицательно сказались на состоянии п. и явились условием, способствовавшим наступлению его смерти.

Так, согласно заключению экспертизы, врачи медицинских учреждений, в первую очередь, врачи-онкологи имели возможность более ранней постановки диагноза «...» исходя из результатов обследования. Тем более, с учетом высокого риска возникновения «...» врач-онколог должен был заподозрить вероятность наличия у пациента «...» в связи с чем проводить более активный диагностический поиск и динамическое наблюдение, что сделано не было.

Следующие примеры судебных дел и решений также показывают нарастание гражданско-правовых исков в сфере оказания медицинской помощи онкобольным.

Апелляционное определение СК по гражданским делам Оренбургского областного суда от 09 сентября 2015 г. по делу №33-5665/2015 О компенсации морального вреда…

Ф. обратилась в суд с иском о возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда.

Истец полагает, что врачами ГБУЗ «ООД» не проведено необходимое обследование в целях постановки верного диагноза, не приняты меры к удалению опухоли хирургическим путем, неправильно выставлен диагноз, вследствие этого оказано неэффективное лечение, что привело к ухудшению самочувствия. В результате некачественного оказания медицинских услуг ей своевременно не проведена бесплатная операция по удалению опухоли, что привело к ношению дренажных трубок, установлению биологической решетки с целью укрепления передней брюшной стенки, и, как следствие, к длительному лечению, ограничению жизнедеятельности, претерпеванию систематической боли.

Факт некачественно оказанной медицинской помощи обоими ответчиками подтвержден совокупностью исследованных по делу доказательств, в числе которых проведенная по данному делу судебно-медицинская экспертиза.

Из экспертного заключения ГБУЗ «Бюро Судебно-медицинской экспертизы» следует, что в нарушение приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 ноября 2006 года №779 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием тела матки»

не была назначена и не проведена истцу консультация врача-гинеколога за время пребывания на стационарном лечении; не проведено морфологическое исследование тканей матки, не назначено и не проведено цитологическое исследование эндометрия, которое позволило бы помочь с верификацией диагноза даже при невыполнении интраоперационной биопсии; не проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов, что привело в своей совокупности к неверной диагностике.

Решение суда: возместить материальный ущерб и удовлетворить иск о компенсации морального вреда.

Как видно из материалов дела, проведена судебно-медицинская экспертиза ГБУЗ «Бюро Судебно-медицинской экспертизы» по делу гражданки Ф., которая установила, что ответчик не оказал медицинскую помощь истице надлежащего качества, а именно не провел необходимые диагностические мероприятия, и как следствие – лечебные.

Так как имеется причинно-следственная связь между диагностическими, лечебными мероприятиями, проведенным ответчиком, и ухудшением качества жизни гражданки Ф, судом было вынесено решение по удовлетворению иска (возмещение материального ущерба и компенсация морального вреда вследствие доказанного факта некачественного оказания медицинской помощи, а именно нарушения стандарта медицинской помощи).

Вступивший в законную силу приговор суда по уголовному делу всегда является основанием компенсации иска морального вреда. Это можно увидеть на следующем примере.

Апелляционное определение Московского городского суда от 18 февраля 2016 г. №33-5851/16

Ф. обратилась в суд с иском о компенсации морального вреда, причиненного в результате некачественного оказания работниками организации-ответчика медицинской услуги ее отцу, повлекшего за собой смерть последнего, и просила суд взыскать с ответчика в ее пользу денежную компенсацию морального вреда.

В материалах настоящего дела имеется копия материалов уголовного дела по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).

Отец истицы поступил в плановом порядке в отделение химиотерапии онкологического диспансера с целью проведения очередного планового курса химиотерапевтического лечения по поводу рака поперечно-ободочной кишки. Смерть пациента наступила от полиорганной недостаточности, развившейся вследствие распространенного диффузного гнойного перитонита неуточненной этиологии в терминальной фазе развития у больного с раком поперечно-ободочной кишки (после оперативного лечения и курсов химиотерапии).

По заключению экспертов, несмотря на отсутствие специфических местных клинических перитонеальных симптомов, при наличии дальнейшего адекватного диагностического поиска, была возможность правильной диагностики, и, соответственно, экстренного своевременного оперативного вмешательства.

Однако, адекватной диагностики, соответствующей тяжести состояния, произведено не было, что не соответствует общепризнанным положениям в медицине о своевременной диагностике любых патологических процессов, тем более при нарастающей тяжести состояния больного.

Несвоевременная диагностика, соответственно, обусловила несвоевременное адекватное лечение перитонита, являвшегося абсолютным показанием к оперативному вмешательству.

Несвоевременная диагностика острого перитонита неуточненной этиологии повлекла за собой несвоевременное хирургическое лечение, что явилось причиной неблагоприятного исхода – развития глубоких необратимых функциональных нарушений органов и систем, полиорганной недостаточности и смерти.

При правильном и своевременном оказании медицинской помощи в онкологическом диспансере смерть от перитонита неуточненной этиологии могла быть предотвращена.

Таким образом, между установленными дефектами оказания медицинской помощи и смертью от полиорганной недостаточности, имеется прямая причинно-следственная связь. В качестве обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч.

2 ст. 109 УК РФ, и гражданским ответчиком по уголовному делу был привлечен заведующий пятым онкологическим отделением (химиотерапии).

Решение суда: С учетом исследуемых обстоятельств удовлетворить иск о компенсации морального вреда в полном объеме.

Подводя итог, следует заметить, что организация медицинской помощи онкобольным в целом требует усовершенствования. Рассмотренные выше примеры подтверждают, что проблемы правового обеспечения нет. В Российской Федерации разработано немало нормативно-правовых актов разных уровней, детально регламентирующих права больных, порядок оказания медицинской помощи гражданам, порядок и критерии оценки качества оказанной помощи. В случае с онкологическими заболеваниями круг документов расширен за счет приказов, в которых подробно изложены порядок и сроки каждого из этапов оказания медицинской помощи. Но судебная практика как нарастала, так и продолжает нарастать. Основными поводами для гражданских исков являются несвоевременная диагностика, неполный объем оказанной медицинской помощи онкобольным, проблема лекарственного обеспечения. Все это свидетельствует о том, что существующие проблемы связаны только с организацией оказания медицинской помощи. В связи с этим лечебным учреждениям необходимо работать над улучшением качества оказания медицинской помощи. Кроме того, следует повышать профессиональную квалификацию онкологов с целью раннего выявления раковых заболеваний и своевременного лечения.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. №48 ст. 6724.*
2. *Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // «Российская газета» от 2 декабря 1995 г. №234.*
3. *Федеральный закон от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» // Собрание законодательства Российской Федерации от 19 июля 1999 г. №29 ст. 3699.*

4. *Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // «Российская газета» от 7 декабря 2004 г. №271.*
5. *Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» // Собрание законодательства Российской Федерации от 8 августа 1994 г., №15, ст. 1791.*
6. *Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации от 2 января 2017 г. №1 (часть I) ст. 159.*
7. *Распоряжение Правительства РФ от 28 2016 г. №2885-р // Собрание законодательства Российской Федерации от 9 января 2017 г. №2 (часть II) ст. 435.*
8. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 17 мая 2017 г.*
9. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 июля 2017 г. №379н*
10. *«О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №915н // »Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 25 июля 2017 г.*
11. *Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // «Российская газета» от 2 февраля 2011 г. №20.*
12. *Гарант – информационно-правовой портал. URL: http://www.garant.ru/ (дата обращения: 25.09.2017)*
13. *Документы системы Гарант. URL: http://base.garant.ru/ (дата обращения: 29.09.2017)*
14. *Консультант Плюс – законодательство РФ: кодексы, законы, уставы, постановления Правительства Российской Федерации, нормативные акты. URL: http://www.consultant.ru/ (дата обращения: 26.09.2017).*

Об авторе:

Паршутина Александра Андреевна – студентка VI курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: Alexandra-Parshutina@yandex.ru

Кузьмин Кирилл Викторович – студент VI курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: Kuzmin.kv.94@yandex.ru

Alexandra Andreevna Parshutina – student of the medical faculty Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Kirill Viktorovich Kuzmin – student of the medical faculty Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель: Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, доцент, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Scientific adviser: Julia Vladimirovna Pavlova – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

© Паршутина А.А., Кузьмин К.В., 2017

Саркисян Д.А.

ОТКАЗ ВРАЧА ОТ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА: ПРОБЛЕМЫ И ИХ РЕШЕНИЕ

Статья посвящена описанию основных проблем, возникающих при намерении врача отказаться от наблюдения и лечения пациента, а также поиску их решения.

Ключевые слова: *права медицинских работников, лечащий врач, договор на оказание платных медицинских услуг.*

Diana A. Sarkisyan

THE DOCTOR'S REFUSAL TO OBSERVE AND TREAT THE PATIENT: PROBLEMS AND THEIR SOLUTION

The article is devoted to the description of the main problems arising at the doctor's intention to refuse to observe and treat the patient, as well as to search for their solutions.

Key words: *rights of medical workers, attending doctor, contract for paid medical services.*

Взаимодействие врача и пациента, как известно, является важнейшим звеном диагностического и лечебного процесса. К сожалению, в последнее время имеется тенденция к падению авторитета врача среди пациентов в целом [5]. Это может быть одной из причин возникновения проблем во взаимоотношениях врача и пациента, в том числе различных конфликтных ситуаций. В последнее время особое внимание уделяется соблюдению врачами медицинской этики. Однако даже грамотное с этической точки зрения поведение врача не позволяет полностью предотвратить возникновение конфликтных ситуаций.

Конфликты между врачом и пациентом являются не только психологической и этической, но и медицинской проблемой. К сожалению, они могут не только доставить дискомфорт врачу и пациенту, но и привести к ухудшению качества медицинской помощи. Таким образом, казалось бы, незначительная проблема может повлечь за собой нарушение права пациента на качественную медицинскую помощь [5].

Как с этической, так и с юридической точки зрения личные взаимоотношения врача и пациента никак не должны влиять на качество медицинской помощи, оказываемой врачом. Однако не всегда ухудшение качества помощи происходит по вине врача. Рассмотрим подробнее причины, вследствие которых может возникнуть конфликт между врачом и пациентом:

1. Пациент не выполняет назначения и рекомендации врача, не соблюдает режим.
2. Пациент нарушает правила поведения в ЛПУ, хамит, оскорбляет медработников.
3. Между врачом и пациентом имеется личный конфликт, не связанный с оказанием медицинской помощи.

В первых двух случаях пациент нарушает п. 3 ст. 27 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], согласно которому пациент обязан соблюдать режим лечения и соблюдать правила поведения в медицинских организациях. Важно отметить, что в первом случае пациент непосредственно препятствует лечебному процессу, фактически сводя на нет старания врача по излечению пациента. И в ухудшении качества медицинской помощи в данном случае виновен сам пациент. Однако оказание качественной медицинской помощи является обязанностью врача. И тут мы имеем противоречие: реально в последствиях виноват пациент, а юридически – врач.

Нарушение правил поведения в ЛПУ также может помешать врачу и медперсоналу оказывать медицинскую помощь, что может сказаться на ее качестве.

Также следует отметить, что для врача немаловажен также и психологический комфорт, поэтому конфликтная ситуация должна быть разрешена даже в том случае, если она не влияет на качество медицинской помощи.

Если конфликт не получается решить самостоятельно, то врач или пациент принимают решение о прекращении взаимодействия между ними. Если пациент отказывается сменить лечащего врача, то врач может воспользоваться своим правом на отказ от дальнейшего наблюдения и лечения пациента [5]. Согласно ч. 3 ст. 70 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лечащий врач по согласованию с руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента или здоровью окружающих. При этом следует помнить о конституционном праве любого пациента на медицинскую помощь (ст. 41 Конституции РФ) [2].

Врач имеет право отказаться от пациента заранее, даже до первого приема. Этот отказ регламентируется ч. 1 ст. 70 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой лечащий врач назначается руководителем медорганизации с учетом согласия врача.

К сожалению, практика отказа врача от наблюдения и лечения пациента недостаточно распространена, и многие врачи, имея конфликтные взаимоотношения с пациентом, пускают их на самотек. Это может быть связано с юридической неграмотностью врачей в этом вопросе. Некоторые врачи не знают о своем праве на отказ от пациента вообще. Многие врачи о нем слышали, но не разбираются в тонкостях и механизмах его реализации, вследствие чего не спешат им воспользоваться [5]. Необходимо отметить, что проблемы такого рода связаны не только с юридической неграмотностью врачей, но и с несовершенством законодательной базы.

Существует ряд случаев, поведение в которых не регламентировано законодательством вообще. В некоторых случаях не прописаны какие-либо нюансы, нет четкого алгоритма действий медработников. Также имеются нюансы, которые подразумеваются законом, но не прописаны в нем напрямую.

Разберем подробнее последнюю группу случаев. Например, в ч. 3 ст. 70 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не говорится о том, какова может быть причина отказа врача от наблюдения и лечения пациента. Таким образом, причина может быть любой [5]. Однако имеются случаи, в которых руководители медицинских

организаций, например, заведующие отделением, могут необоснованно отказать врачу в праве на отказ от наблюдения и лечения пациента, сочтя причину этого отказа несущественной. Это возможно в случае, если пациент не нарушал своих обязанностей, о которых говорилось выше. И в данном случае проблемой является не несовершенство законодательной базы, а юридическая неграмотность руководителей медицинских организаций, которая, к сожалению, порой имеет место быть [6].

Чаще всего причиной конфликтных ситуаций является либо несоблюдение пациентом режима и невыполнение назначений врача, либо нарушение правил поведения в медицинских организациях. В первом случае врачам рекомендуется делать отметки о нарушении режима в медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного либо в истории болезни). Во втором случае рекомендуется писать докладные записки о случаях противоправного поведения пациента либо составлять акты, если имеются свидетели. Однако, как говорилось выше, даже без этих документов руководитель не имеет права отказать врачу.

Имеются похожие ситуации, в которых играют роль как несовершенство законодательной базы, так и юридическая неграмотность руководителей медорганизаций. Возможны 3 подобные ситуации:

1. неправомерный отказ руководителя медорганизации в осуществлении права врача на отказ от наблюдения и лечения пациента;
2. отказ, обоснованный неправильной формой согласования;
3. отказ, обоснованный некомпетентностью руководителя медорганизации в данных вопросах.

Если еще раз обратиться к формулировке ч.3 ст. 70 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то можно увидеть, что отказ возможен по согласованию с руководителем медорганизации. Однако эта формулировка является размытой. По факту она не подразумевает необходимость согласия руководителя медорганизации на данную процедуру. И врач обязан лишь поставить руководителя в известность о своем намерении отказаться от пациента [5].

Другой проблемой является отсутствие регламентации формы, в которой врач должен уведомить руководителя медорганизации об отказе от пациента [5]. В законе говорится лишь о том, что уведомление должно быть в письменной форме, а вот специального бланка для него не существует. На практике врачи обычно пишут служебную записку.

Здесь мы сталкиваемся с очередной проблемой – на чье имя она должна быть написана? К руководителям медорганизаций и их подразделений относятся главный врач, заместитель главного врача по медицинской части и заведующие отделениями. Однако некоторые их них считают себя некомпетентными в данных вопросах и рекомендуют врачу обратиться к другому руководителю. А он, в свою очередь, может перенаправить врача обратно. Такая порочная практика, как говорилось выше, имеет две причины – юридическая неграмотность руководителей и отсутствие четких, конкретных формулировок в законах [5].

Вернемся к служебной записке. Как упоминалось ранее, форма и содержание служебной записки не регламентированы. Это может вызвать ряд разногласий во взаимодействии лечащего врача и руководителя медорганизации и стать причиной неправомерного отказа в праве на отказ от пациента [5].

Итак, мы рассмотрели ряд случаев, в которых юридическая неграмотность врачей и руководителей медорганизаций полностью или наряду с другими причинами препятствует свободному осуществлению права врача на отказ от наблюдения и лечения пациента. Однако в некоторых случаях даже полная юридическая грамотность не спасает от возникновения проблем и разногласий. В некоторых случаях врач, отказывающийся далее наблюдать и лечить пациента, является единственным врачом этого профиля в данном ЛПУ. Либо от пациента отказываются все врачи данного профиля. В итоге пациент рискует остаться без медицинской помощи, и будет нарушен ряд законов, гарантирующих ее: ст. 41 Конституции РФ, ст. 11 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой недопустим отказ в медицинской помощи согласно программе государственных гарантий и т.д. И в такой ситуации

руководитель медицинской организации вынужден отказать врачу в его праве на отказ от пациента. Фактически, происходит нарушение одного закона во избежание нарушения другого. Приоритет в данном случае имеется у пациента (что отражено в ст. 6 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») [6, 8].

В законодательстве не прописан срок, в течение которого руководитель обязан заменить лечащего врача. Также не говорится о том, с какого момента врач перестает нести ответственность за жизнь и здоровье пациента – с момента подачи служебной записки либо с момента, когда пациент будет передан другому врачу. Если в случае амбулаторной помощи пациента записывают на следующий прием к другому врачу, то в стационаре пациента не могут оставить без врача даже на непродолжительное время [5].

Имеются случаи, в которых пациент умирал через некоторое время после того, как врач отказался его лечить, и врач в таких случаях легко оказывается на скамье подсудимых. Однако решение данной проблемы отражено в законодательстве четко: врач не имеет права отказаться оказывать медицинскую помощь, если имеется непосредственная угроза жизни пациента или здоровью окружающих. Если же на момент отказа этой угрозы не было, то действия врача законны [5, 6, 8]. Приведем пример. Врач отказался наблюдать и лечить пациента с язвенной болезнью желудка в стадии ремиссии. На момент отказа угрозы жизни пациента не было, главврач записал пациента к другому врачу. Но пациент более в поликлинику не обращался, а через 2 года скончался от рака желудка, возникшего как осложнение язвы. В данном случае врач не виновен в смерти пациента, так как на момент отказа угрозы жизни не было [6]. Рассмотрим более сложный пример. Врач-хирург отказался лечить пациента, о чем сказал ему в устной форме. Пациент покинул кабинет врача, и спустя пять минут у него случился острый инфаркт миокарда, вследствие которого пациент скончался. Однако врач не успел уведомить руководителя об отказе от пациента. В данном случае нарушения закона врачом опять же нет: инфаркт – острое и непредсказуемое состояние, у него обычно нет предвестников. На момент отказа инфаркта у пациента не было, состояние не угрожало жизни [8]. Однако если бы врач аналогичным образом отказался оказать помощь пациенту с кровотечением, то в случае смерти пациента или причинения тяжкого вреда здоровью врач подлежал бы уголовной ответственности согласно ст. 124 УК РФ (Неоказание помощи больному) [3, 5, 6].

Можно упомянуть и о других случаях, поведение в которых не регламентировано действующим законодательством. Например, неизвестно, действует ли отказ врача от наблюдения и лечения пациента при переходе врача в другое ЛПУ. Также не говорится о том, является ли отказ бессрочным или распространяется на какой-либо срок. Процедура отказа от обслуживания пациента на дому также не описана [5].

С вышеописанными проблемами сталкиваются врачи и пациенты как государственных, так и частных медицинских организаций. Взаимоотношения пациента, врача и частной медорганизации регулируются Публичным договором (ст. 426 ГК РФ [4]). Медорганизация не имеет права отказаться заключать договор с пациентом согласно ст. 445 ГК РФ [4]. Даже если пациент имеет «дурную славу» в данной медорганизации, договор с ним должен быть заключен. Уже после первого визита пациента врач может отказаться от него. Обычно пациент передается другому врачу, но если это невозможно, то медорганизация обязана расторгнуть договор с возмещением убытков пациенту. Однако главврачи предусмотрели такой вариант развития событий и включили в договор следующий пункт: при нарушении пациентом его обязанностей, а также в случае недостижения терапевтического сотрудничества медорганизация может расторгнуть договор в одностороннем порядке без возмещения убытков. Формулировка и наличие этого пункта вообще остается на усмотрение руководителя медорганизации, но на практике большинство руководителей все же решают обезопасить себя и включить такой пункт в договор [7].

Итак, мы обрисовали основные проблемы, с которыми сталкиваются врачи при желании реализовать свое право на отказ от пациента. Основными причинами, как мы выяснили, является юридическая неграмотность врачей, пациентов и руководите-

лей медорганизаций, а также несовершенство законодательной базы. Существует 3 пути решения этих проблем. Немаловажным является профилактика возникновения конфликтных ситуаций, которые являются основной причиной отказа врача от пациента. Для этого необходимы повышение авторитета врача среди людей, соблюдение врачом норм медицинской этики, повышение общего уровня культуры, снижение негативного градуса по отношению к врачам в СМИ. Вторым важнейшим способом предотвращения проблем является информирование врачей, пациентов и руководителей медорганизаций о действующих нормах законодательства, повышение их юридической грамотности в области медицинского права. Третий способ – доработка законодательной базы. Если вернуться к конкретным вышеописанным проблемам, то необходимо регламентировать конкретную форму уведомления об отказе от пациента, ее содержание, а также должность руководителя, уполномоченного заниматься этим вопросом. Например, можно утвердить форму служебной записки, а также упомянуть, что записка может быть подана как на имя главврача, так и на имя заведующего отделением. Также необходимо регламентировать действия сторон в случае отказа от пациента всех врачей данного профиля в определенном ЛПУ, а именно прописать, что пациент либо обязан лечиться в другом ЛПУ, либо его обязан лечить заведующий отделением, либо его обязан лечить любой врач по усмотрению руководителя [5]. Необходимо также установить срок, в течение которого руководитель обязан найти другого лечащего врача, а также момент, с которого врач перестает нести ответственность за жизнь и здоровье пациента. Целесообразно заменить врача в течение 3 дней при амбулаторной помощи и в течение суток в стационаре. При этом необходимо регламентировать обязанность врача стационара наблюдать и лечить пациента до момента его передачи другому врачу.

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: 10.10.2017)*

2. *Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // Собрание законодательства РФ. 04.08.2014 г. №31. Ст. 4398.*
3. *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/ (дата обращения: 10.10.2017)*
4. *Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): Федеральный закон от 30.11.1994 г. №51-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации (СЗРФ). 1994. №32. ст. 3301.*
5. *Михайлова Е.Н., Михайлов И.В., Халилов М.А., Снимщикова И.А., Снимщикова А.Д. Отказ врача от наблюдения и лечения пациента: выбор, продиктованный законом // Фундаментальные исследования. 2015. №2-11. С. 2512-2516.*
6. *Зубков Д.С., Вялов И.С. Отказ врача от наблюдения за пациентом и его лечения. Требование пациента о замене лечащего врача // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. 2013. №1 (17).*
7. *Иванова Я.И. Противоправное поведение пациента: причины, способы преодоления // Юридическая мысль. 2016. №1 (93). С. 104-108.*
8. *Зубков Д.С. Право пациента на выбор врача // Стационарозамещающие технологии: амбулаторная хирургия. 2016. №1-2 (61-62). С. 6-9.*

Об авторе:

Саркисян Диана Арамовна – студентка VI курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Diana Aramovna Sarkisyan – student of the medical faculty Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель: Каменская Наталья Андреевна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: privet.03@mail.ru

Scientific adviser: Kamenskaya Natalia Andreevna – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Саркисян Д.А., 2017

Сергеев Ю.Д., Михайлов И.А.

ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИ НЕОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМИ, ОБЯЗАННЫМИ ЕЁ ОКАЗЫВАТЬ В РОССИИ, ЕВРОПЕ И США: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Проблема неоказания медицинской помощи является крайне сложной для правового регулирования и до сих пор остается одной из актуальных проблем медицинского права во всем мире. В настоящей статье проведен сравнительно-правовой анализ законодательства и правоприменительной практики в отношении неоказания медицинской помощи в целом ряде различных стран: России, Франции, Германии, США и Канаде. По итогам исследования сформулированы практические предложения по модификации российского законодательства в рассматриваемой области в соответствии с международным опытом.

Ключевые слова: *неоказание медицинской помощи, уголовное право, закон о добром самаритянине, сравнительно-правовой анализ.*

Sergeev Yu., Mikhailov I.

LEGAL CONSEQUENSES OF FAILURE TO PROVIDE MEDICAL CARE IN RUSSIA, EUROPE AND IN THE UNATED STATES: A COMPARATIVE ANALYSIS

The problem of failure to provide medical care is extremely difficult for the legal regulation and still remains one of the actual problems of health law all over the world. In the present article a comparative legal analysis of legislation and law enforcement practice in respect to the failure to provide medical care in a number of different countries is conducted: Russia, France, Germany, USA and Canada. The study provides practical suggestions to modify the Russian legislation in the considered field in accordance with international experience.

Key words: *failure to provide medical care, penal law, the Good Samaritan laws, comparative law analysis.*

В последние десятилетия в мире активно обсуждается проблема ответственности медицинских работников перед обществом за результаты своей деятельности. Люди во всех странах предъявляют всё большие требования к уровню и качеству оказываемой медицинской помощи. Для того чтобы соответствовать всем этим требованиям ведущие профессиональные медицинские сообщества ежегодно разрабатывают и обновляют

клинические рекомендации и протоколы, которые позволяют стандартизировать деятельность врачей и других медицинских работников, также по всему миру ведется разработка систем поддержки принятия врачебных решений (clinical decision support systems), которые представляют собой самообучающиеся нейронные сети с интегрированными клиническими протоколами для постановки диагноза и выбора наиболее оптимального метода лечения. Подобная стандартизация облегчает и правовое регулирование медицинской деятельности: виновность медицинского персонала в том или ином происшествии устанавливается путем сопоставления действий медицинских работников с клиническими протоколами.

Однако подобная стандартизация неприменима для неотложной медицины. В случае возникновения непредвиденных событий, которые угрожают жизни какого-либо человека, остро встает вопрос об обязанности медицинский работников оказывать медицинскую помощь вне своих служебных обязанностей или в том случае, если пациент не может осуществить оплату медицинской помощи. Отсутствие стандартизированных протоколов оказания медицинской помощи может и должна привести к законодательному закреплению обязанности всех лиц, имеющих медицинское образование в рамках оказания медицинской помощи в экстренных ситуациях. И здесь любая правовая система встает перед очень сложным выбором: какую сторону защищать в данном случае – врача или гражданина. Выбор в сторону «больного» означает то, что врач (или другой медицинский работник) в любое время и в любом месте обязан оказать медицинскую помощь, если неоказание таковой повлечет наступление общественно-опасных последствий для первого? Данная концепция предполагает полную защиту каждого гражданина и гарантирует ему оказание своевременной экстренной медицинской помощи. Однако эта же концепция накладывает определенное обременение на медицинского работника, который будучи свободным от своих трудовых обязанностей в нерабочее время все равно обязан оказывать первую неотложную/доврачебную медицинскую помощь. Однако в этом случае крайне важно ответить на два во-

проса: какую помощь должен оказывать медработник и кому он должен ее оказывать? Статья 124 УК РФ говорит о «неоказании помощи больному», при этом понятия «помощь» и «больной» никаким образом не детализированы [3]. С одной стороны, если медицинский работник не оказал помощь в пределах лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), то это рассматривается в качестве невыполнения своих служебных обязанностей, то есть на первичном уровне подобное деяние повлечет за собой дисциплинарную ответственность. С другой стороны, ЛПУ в лице врача фактический заключает договор с тем пациентом, который обращается это учреждение; и с этой точки зрения, неоказание помощи в пределах ЛПУ – это нарушение договора, а подобное правонарушение, как известно, влечет за собой гражданскую ответственность. Следовательно, неоказание помощи в пределах ЛПУ находится вне поля уголовного права, а значит, в статье 124 УК РФ под понятием «больной» подразумевается неоказание медицинской помощи вне ЛПУ гражданину, у которого случилось внезапное обострение какого-либо хронического заболевания, или гражданину, который получил тяжелую травму или какое-либо угрожающее жизни ранение. В данном случае закон обязывает любого гражданина РФ, имеющего медицинское образование, выполнять свои профессиональные обязанности вне ЛПУ в отношении любого гражданина, которому в данный конкретный момент требуется неотложная помощь. Статья 11 федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 гласит: «Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается» [2]. Данная правовая норма закрепляет определенную гражданскую обязанность медицинских работников перед обществом в связи с наличием у них специализированных знаний. Подобная формулировка также содержится в клятве Гиппократа российского врача. Однако следует помнить, что каждый медработник – это прежде всего гражданин, а каждый гражданин имеет право придерживаться определенной гражданской позиции, от которой зависит то, каким образом он относится к собственным гражданским обязанностям. Таким образом, в связи с тем, что гражданская обязанность медработников – оказывать помощь вне ЛПУ, законодательно не закреплена в уголовном праве, «неоказание помощи больному» по статье 124 в принципе не может быть предметом рассмотрения уголовного права, а должна рассматриваться исключительно в рамках гражданского. Подобное несоответствие представляет одну из ключевых проблем медицинского права в современной России. Для того чтобы предложить пути решения данной проблемы был проведен сравнительно-правовой анализ на предмет того, каким образом законодательство зарубежных стран регулирует исполнение или неисполнение гражданского долга медицинским работником.

Также в статье 124 УК РФ не дается определение понятию «помощь» [3]. Какую помощь обязан оказывать медработник вне своего места работы? В целом, существует три вида помощи, которые могут оказываться вне лечебно-профилактического учреждения: первая доврачебная, первая медицинская и экстренная. Первая доврачебная помощь – это комплекс элементарных действий, для выполнения который не требуется медицинское образование: вызов скорой медицинской помощи; транспортировка гражданина из зоны опасности; фиксация конечностей в случае переломов; наложение жгутов в случае массивного кровотечения и т.д. Существует целый ряд профессий, представители которых обязаны оказывать первую доврачебную помощь вне своего рабочего места и времени – это спасатели, работники полиции, военные и т.д. Однако для неоказание подобного вида помощи фактически выделено в УК РФ в отдельную 125-ую статью, которая носит название «Оставление в опасности» [3]. Подобная гражданская обязанность закреплена законодательно в соответствующих нормативных актах, которые регулируют деятельность людей вышеперечисленных профессий.

Таким образом, под термином «помощь» в статье 124 УК РФ подразумевается либо первая медицинская помощь, либо экстренная помощь. Первая медицинская помощь – это совокупность действий, которые включают в себя наложение сложных повязок, сложных вариантов жгутов, антисептическую обработ-

ку открытых раневых поверхностей, оценку проходимости дыхательных путей, обеспечение их проходимости и т.д. Фактически, это те действия, которые производят работники скорой медицинской помощи по прибытии на место.

Экстренная помощь – это комплекс квалифицированных мер, направленных на быструю диагностику причины, вызвавшей угрозу жизни пострадавшему, и быструю ликвидацию этой причины. Фактически, это комплекс реанимационных мероприятий, которые являются предметом изучения таких медицинских специальностей, как «анестезиология и реаниматология» и «военная медицина».

Таким образом, статья 124 УК РФ de facto обязывает медработников на постоянной основе владеть навыками оказания первой медицинской или экстренной помощи. Рассмотрим практический пример. На автобусной остановке пожилой мужчина внезапно почувствовал ухудшение состояния, в результате чего потерял сознание и упал. Рядом оказался врач-офтальмолог со стажем работы около 30 лет, который предпринял попытку сердечно-легочной реанимации, но гражданин скончался. Как в подобном случае суд будет квалифицировать действия врача? Фактически, офтальмолог не смог оказать первую медицинскую помощь, но при этом предпринял попытку оказания первой доврачебной. Очевидно, что врач-офтальмолог в течение 30-летней практики вряд ли сохранил необходимую компетенцию и знания для оказания первой врачебной или экстренной медицинской помощи; но так как в статье 124 УК РФ понятию «помощь» не дается определение, то суд имеет все основания привлечь врача-офтальмолога к уголовной ответственности по обвинению в неоказании помощи больному. Подобные ситуации представляют реальную и крайне злободневную проблему, поскольку конверсия уголовных дел по статье 124 в обвинительные приговоры составляет около 100%, а количество назначаемых наказаний в виде реальных сроков лишения свободы составляет 50% [15]. Подобные факты говорят о том, что медработники в Российской Федерации находятся под постоянной угрозой уголовного преследования, которая обусловлена элементарным отсутствием детализированных и четких определений понятий, представленных в статье 124 УК РФ, что также подтолкнуло нас к проведению сравнительно-правового анализа законодательств в области неоказания помощи больному в других странах мира.

Отсутствие у медицинского работника, оказывающего помощь больному вне ЛПУ также влечет за собой резкое увеличение числа ошибок вследствие его недостаточной квалификации. Фактически, статья 124 заставляет медработников, не владеющих необходимыми навыками, оказывать первую медицинскую и экстренную помощь, что нарушает основной принцип как всей медицины, так и всего российского здравоохранения – «не навреди».

Также следует помнить, что гарантия оказания как первой врачебной, так и экстренной медицинской помощи закреплена в статье 11 федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и в этом же документе сказано, что «за нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации» [2]. При этом закон никак не конкретизирует, какой именно вид ответственности несет предусмотрен по статье 11. Отсутствует прямая связь между УК РФ и №323-ФЗ, хотя в то же самое время эта связь не исключается. Также примечательно, что статья 124 УК РФ не была подвергнута изменениям ни в одной реакции с момента принятия действующего кодекса в 2016 году. Более того документ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. в принципе не содержал каких-либо разъяснений по поводу обязанностей медработника оказывать тот или иной вид помощи вне ЛПУ [2]. Таким образом, очевидно, что законодательное регулирование неоказания помощи больному не подвергалось изменениям с 1996 года, несмотря на большое количество крайне актуальных проблем, связанных со статьей 124 УК РФ, следовательно, необходимо привлекать внимание законодательных органов власти к этим проблемам.

После подробного рассмотрения проблематики по первой концепции, связанной с преимущественной защитой прав граждан на неотложную помощь, становится очевидно, что сам выбор профессии, связанной с медициной, накладывает на человека огромные ежедневные обязательства.

Вторая концепция предполагает как защиту прав граждан на оказание экстренной медицинской помощи, так и на защиту медицинских работников. В этом случае ответственности медицинского работника, находящегося на месте происшествия может сводится либо к вызову бригады скорой медицинской помощи, либо этой ответственности вообще может не быть в связи с тем, что медицинский работник находится вне исполнения своих служебных обязанностей и его отношения с пациентом не регулируются договором об оказании медицинских услуг.

В связи с большой актуальностью заявленной выше проблемы предлагаю рассмотреть правовое регулирование неоказания медицинской помощи в правовой системе двух европейских стран (Франции и Германии), в правовой системе США и в законодательстве Российской Федерации. Подобный сравнительно-правовой анализ позволит выявить реализацию двух вышеописанных подходов к решению данной юридической проблемы и поможет выработать ряд практических предложений по модификации законодательства в этой области, основываясь на рассмотрении преимуществ и недостатков рассматриваемых правовых систем.

В законодательстве Российской Федерации правовой нормой, регулирующей за юридическую ответственность неоказание медицинской помощи является статья 124 УК РФ [3]. Данная статья состоит из двух пунктов, которые различаются между собой по степени тяжести последствий от причинённого вреда в следствие такого преступного бездействия. Но при этом в обоих пунктах четко закрепляется обязанность каждого медицинского работника оказывать тот или иной вид медицинской помощи в том случае, если имеется угроза здоровью или жизни другого гражданина. Круг лиц, который обязан оказывать медицинскую помощь определяется в статье 11 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации» [2]. Данная статья федерального закона в соответствии с первой частью закрепляет недопустимость отказа от оказания безотлагательной и бесплатной медицинской помощи данной медицинской организацией или её работниками. Вторая часть статьи закрепляет недопустимость отказа медицинского работника или организации от оказания экстренной медицинской помощи.

Таким образом, статья 124 УК РФ совместно с федеральным законом №323-ФЗ закрепляет уголовную ответственность каждого медицинского работника за неоказание экстренной помощи в случаях, если имеется угроза жизни или здоровью кого-либо из граждан [14]. Подобный вариант правового регулирования соответствует первому подходу, описанному нами выше, и связанному с преимущественной защитой прав гражданина с наложением обременения дополнительными обязанностями на медицинских работников под угрозой уголовной ответственности за их невыполнение.

Анализ судебной практики в РФ также подтверждает вывод о том, что в правовой системе РФ господствует первый подход. Согласно статистическим данным «Агентства правовой информации» за 2015 год в судах РФ было проведено 8 дел по обеим частям статьи 124 УК РФ; по всем этим делам были вынесены обвинительные приговоры, из них по четырем делам назначены реальные сроки заключения [15]. Подобная статистика говорит о том, что в судебной практике РФ закрепился принцип разрешения дел, связанных с неоказанием медицинской помощи в сторону потерпевших. При этом также укоренилась практика назначения реальных сроков заключения для медицинских работников. Подобный подход является крайне несбалансированным и учитывает права и интересы только одной стороны, при этом на медицинских работников возлагается дополнительное обременение.

Ярким примером, который демонстрирует правоприменительную практику по статье 124 УК РФ является решение Ленинского районного суда г. Астрахани по делу №2-1707/2017 от 31.07.2017 [4]. Согласно обстоятельствам дела, имел место вызов врачебной бригады скорой медицинской помощи во главе с де-

журным анестезиологом-реаниматологом по поводу экстренного ухудшения состояния 16-летнего мальчика. Во время транспортировки в лечебного учреждение произошла смерть пациента, в связи с чем матерью пострадавшего был подан иск против дежурного врача бригады, а также иск о взыскании компенсации морального вреда в размере 3 000 000 рублей. В результате судебного следствия была установлена прямая причинно-следственная связь между действиями дежурного врача бригады СМП, в результате чего последний был признан виновным по статье 124 ч.2 УК РФ и было назначено наказание в виде лишения свободы сроком на 1 год 6 месяцев.

Стоит отметить, что представитель министерства здравоохранения Астраханской области отказался участвовать в судебном процессе, а представитель станции скорой помощи безоговорочно признал вину сотрудника своего учреждения. При этом сам осужденный неоднократно заявлял, что предпринял все необходимые меры по оказанию необходимой медицинской помощи. Решение и ход судебного процесса по настоящему уголовному делу подтверждает высказанное выше предположение о закрепившейся правоприменительной практике в отношении статьи 124 УК РФ. При отсутствии среди свидетелей данного происшествия лиц с медицинским образованием, которые могли бы подтвердить факт ненадлежащего исполнения обязанностей дежурным врачом, было принято решение о виновности последнего, хотя факт о надлежащем исполнении своих обязанностей явно не был проверен. Таким образом, можно заключить, что в Российской Федерации не только господствует правовая концепция, связанная с исключительным правом граждан на неотложную медицинскую помощь [12], но и имеется определенная устоявшаяся судебная и правоприменительная практика, связанная с разрешением дел в сторону потерпевших с практически полным признанием виновности медицинских работников.

В законодательстве стран европейского союза господствуют различные правовые концепции относительно проблемы неоказания медицинской помощи. Например, в законодательстве Франции отсутствуют прямые правовые нормы, которые напрямую устанавливали бы ответственность медицинских работников за данное правонарушение. Большинство судебных процессов, связанных с подобной проблемой, квалифицируются по статье 221-6 уголовного кодекса Французской республики (Le Code pénal). Данная статья расположена в разделе, который носит название «непредумышленное причинение вреда жизни» [7]. В соответствии с текстом этой статьи, при причинении тяжкого вреда здоровью человека или при наступлении смерти в результате небрежности, безрассудства, невнимательности или вследствие нарушения прямых должностных обязанностей по обеспечению безопасности наказывается тремя года лишения свободы и штрафом в 45000 евро. Таким образом, уголовный кодекс Франции не содержит конкретной правовой нормы, которая напрямую устанавливала бы ответственность медицинских работников за неоказание медицинской помощи в экстренных ситуациях, и более того в статье 221-6 отсутствуют ссылки на какие-либо другие законные и подзаконные акты.

Другим источником права, который способен регулировать правоотношения, связанные с неоказанием \медицинской помощи является Кодекс общественного здравоохранения Франции (Le Code de la santé publique français). Статья R4127-9 данного документа гласит, что любой медицинский работник должен оказать помощь больному или лицу, получившему травму, которое находится в опасности, или убедиться, что такое лицо получит необходимую помощь [8]. Однако в данный документ совершенно не устанавливает ответственность за правонарушение по этой статье; также отсутствует прямая связь между статьями уголовного кодекса и кодексом общественного здравоохранения. Более того, медицинскому работнику во Франции необходимо и достаточно убедиться в том, что необходимая помощь будет оказана в экстренной ситуации, но при этом сам работник имеет право не участвовать в оказании медицинской помощи. Благодаря подобной структуре правовых норм, во Франции крайне редки судебные процессы с квалификацией по неоказанию помощи медицинскими работниками. Чаще всего решение выносится в пользу медицинского работника в том случае, если причинен вред здоро-

вью средней тяжести или не установлено прямой причинно-следственной связи между действиями работника и последствиями для здоровья потерпевшего, либо дело переквалифицируется в дело о халатности медицинского работника, если для того есть основания. Таким образом, правовая система Франции наиболее близка ко второй концепции, которая предполагает равноценную защиту прав медицинских работников наряду с защитой прав граждан.

В законодательстве Германии также отсутствует правовая норма, которая напрямую устанавливала бы ответственность за неоказание медицинской помощи [9]. Дела с подобным составом преступления рассматриваются по статье 221 уголовного кодекса ФРГ, которая содержит четыре пункта. Первые два пункта гласят, что виновен тот человек, который ставит в беспомощное положение или бросает на произвол судьбы в беспомощном положении другого человека, хотя тот находится на его попечении, или он в каком-либо другом качестве обязан оказывать ему помощь, и в результате этого подвергает его опасности причинения смерти или нанесения тяжкого вреда здоровью. В качестве ответственности по этим двум пунктам статьи 221 предусмотрено лишение свободы сроком от трех месяцев до пяти лет. Третий и четвертый пункты данной статьи рассматривают такие же случаи правоприменения, но в отношении детей [9]. В связи с тем, что в правовая система ФРГ не предусматривает прямой квалификации дел по статье неоказание медицинской помощи, то все возникающие споры по этому направлению либо разрешаются путем компенсации морального вреда со стороны медицинского учреждения, либо происходит переквалификация дела по статье 221. Однако, стоит отметить, что последний вариант возможен только в случае наличия очевидной и прямой причинно-следственной связи между действиями (или бездействиями) медицинского работника и последствиями для пациента. Таким образом, правовая система Германии крайне схожа с правовой системой Франции и также близка ко второй концепции, которая предусматривает защиту прав как пациента, так и медицинского работника.

Также стоит отметить, что в странах Европы неоказание медицинской помощи в большей степени регулируется нормами гражданского права, в то время как уголовное право не содержит норм, которые прямым образом регулировали бы правоотношения в подобной области [11].

Правовая система США значительно отличается от европейских правовых систем. Прежде всего, различие заключается в том, что источником права в США являются юридические (судебные) прецеденты и огромная масса правоотношений основана именно на применении того или иного прецедента. Однако законодательство в США не полностью представлено прецедентами, оно также содержит источники статутного права, то есть классические законы и кодексы. Медицинское право в США в большей степени опирается на юридические прецеденты в качестве источника права, однако в отношении неоказания медицинской помощи используется довольно уникальный подход [11,15].

В американском праве нет термина, который был бы полностью аналогичен неоказанию медицинской помощи в российском праве. Существует термин «medical malpractice», который можно трактовать как аналог халатности медицинского работника. Другой термин «denial of emergency medical care» означает полный отказ в неотложной медицинской помощи, связанный с определенными обстоятельствами. Чаще всего данный термин применяется при невозможности оказания медицинской помощи в условиях природных катастроф или других ситуациях, когда имеется угроза жизни самим медицинским работникам [16]. Таким образом, «неоказание медицинской помощи» в трактовке российского законодательства – это нечто среднее между «medical malpractice» и «denial of emergency medical care», то есть фактически, это умышленный необоснованный отказ от оказания медицинской помощи.

Так как США является федеративным государством, то разные штаты имеют разный подход к рассмотрению дел, связанных с неоказанием медицинской помощи, причем главное отличие заключается в используемом источнике права: в одних штатах суд руководствуется прецедентами, в других – источни-

ками статутного права. В данной статье будет сделан акцент на применении статутного права в отношении неоказания медицинской помощи.

В США, Канаде, Австралии и других странах существует свод законов, который регулирует право человека на первую медицинскую помощь, а также определяет круг лиц, который обязан эту помощь оказывать – закон о добром самаритянине (Good Samaritan laws). Этот свод законов сильно различается не только в разных странах, но и в разных штатах США. Рассмотрим действие закона о добром самаритянине на территории США. Наибольшую юридическую силу закон о добром самаритянине имеет в Миннесоте, Висконсине, Иллиноисе и Вермонте [16,17].

Главная идея всех вариантов закона о добром самаритянине состоит в том, что пострадавший не может предъявить иск по отношению к человеку, который оказывал первую помощь, в том случае, если она была оказана добросовестно. Если потерпевший не является сыном (дочерью), близким родственников, пациентом или иным опекаемым лицом по отношению к лицу, оказывающему первую помощь, то это лицо не обязано её оказывать [5,14]. Фактически, этот закон говорит о том, что если медицинский работник столкнулся с ситуацией, когда чьей-либо жизни угрожает опасность, то он не обязан оказывать ни первую, ни квалифицированную экстренную неотложную/доврачебную медицинскую помощь, поскольку пострадавший не является юридически пациентом данного медицинского работника [15]. Таким образом, в тех штатах, где закон доброго самаритянина является основным источником права для случаев неоказания медицинской помощи, медицинские работники в принципе не могут быть привлечены к ответственности, если только пострадавший не является его близким родственником или непосредственным пациентом.

Примечательным является решение Апелляционного суда Иллиноиса по делу Бенджамина Эрнандеса №1-06-1196 от 31.07.2017. Жена Эрнандеса находилась на лечении в радиологическом отделении одного из медицинских центров Иллиноиса; во время выполнения процедуры биопсии у женщины случилась остановка сердца, после чего она была направлена в отделение реанимации, также был вызван «какой-нибудь свободный кардиолог». На вызов ответил один из кардиологов, у которого был контракт с этим медицинским центром на плановые приемы. К моменту прибытия врача-кардиолога женщина уже была заинтубирована, но у нее до сих пор отсутствовали признаки сердцебиения. Врач начал проводить реанимационные мероприятия, провел катетеризацию бедренной артерии, заказал экстренную эхокардиографию и сделал 4 безуспешные попытки перикардиоцентеза в связи с подозрением на тампонаду сердца. Однако реанимационные мероприятия не увенчались успехом и женщина умерла. По факту смерти жены Бенджамин Эрнандес подал в суд на врача-кардиолога по обвинению в неоказании медицинской помощи [6].

В соответствии с положением закона о добром самаритянине штата Иллинойс судьей было принято решение о невиновности врача в связи с тем, что госпожа Эрнандес не являлась пациенткой этого врача и с тем, что врач не попросил оплаты за свои услуги; выполнение врачом реанимационных мероприятий также было признано добросовестным. Впоследствии Бенджамин Эрнандес подавал апелляции на это судебное решение, но все они были отклонены. Приведенный пример показывает, что в тех штатах, где основным источником права в отношении неоказания медицинской помощи является закон о добром самаритянине – привлечение врача к ответственности на неоказание медицинской помощи или недобросовестное оказание экстренной помощи практически невозможно. Однако в случае, если врач не оказал помощь собственному пациенту или оказал неквалифицированную помощь, то он обязательно будет осужден по обвинению в «medical malpractice», то есть по обвинению во врачебной халатности.

Таким образом, закон доброго самаритянина в США содержит в своей основе наиболее сбалансированную концепцию в отношении неоказания медицинской помощи: закон полностью защищает пациента от халатности лечащего врача, который отвечает за этого пациента, путем простого сопоставления всех действий этого врача с клиническими стандартами; но в то же самое

время закон защищает врача, который не отвечает за данного пациента, не накладывая на него обременение оказывать медицинскую помощь под угрозой уголовной ответственности.

В ходе проведенного сравнительно-правового анализа законодательств различных стран в отношении неоказания медицинской помощи лицами, обязанными такую помощь оказывать выделено три основные модели, на которых могут основываться правовые системы при регулировании правоотношений в этой области:

- первая концепция предполагает безоговорочную защиту прав пациента с обременением врача обязанностью на оказание помощи всем нуждающимся (Россия);
- вторая концепция – защита прав врача с отсутствием в уголовном праве каких-либо норм, напрямую регулирующих правоотношения в данной области (Германия, Франция);
- третья концепция – сбалансированная защита прав пациента и прав врача-специалиста, но при этом гарантирующая уголовную ответственность в случае врачебной халатности (США, Канада).

По итогам проведенного сравнительно-правового анализа можно сформулировать следующие практические предложение по модификации законодательства Российской Федерации в отношении неоказания медицинской помощи:

1. Внести в УК РФ понятие «ненадлежащее оказание медицинской помощи» и понятие «законопослушного неоказания медицинской помощи».
2. Детализировать понятия «помощь» и «больной» в пункте 1 статьи 124 УК РФ.
3. Осуществить разграничение ответственности:

а) при неоказании помощи пациенту при выполнении служебных обязанностей;

б) при неоказании помощи лицам, с которыми медицинский работник не связан обязательствами.

Сформулированные предложения по модификации российского законодательства, по нашему мнению, позволят привести правовые нормы, регулирующие отношения в области неоказания медицинской помощи в соответствие с принципом справедливости и принципом неотвратимости наказания. Также следует отметить, что проведенный сравнительно-правовой анализ отвечает основным требованиям сравнительного правоведения, так как в ходе анализа были проанализированы не только источники права по неоказанию медицинской помощи, но и правоприменительная практика в этой области в нескольких странах мира с принципиально разными правовыми системами.

Список литературы:

1. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-I (с изменениями и дополнениями).*
2. *Система ГАРАНТ: http://base.garant.ru/10104616/#ixzz4y9WBKQ16 (дата обращения: 11.11.2017).*
3. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017)*
4. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.07.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.08.2017)*
5. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-I (с изменениями и дополнениями).*
6. *Система ГАРАНТ: http://base.garant.ru/10104616/#ixzz4y9WBKQ16 (дата обращения: 11.11.2017).*
7. *Решение Ленинского районного суда г. Астрахани по делу №2-1707/2017 от 31.07.2017.*
8. *Vermont Good Samaritan Act. URL: http://www.cprinstructor.com/VT-GS.htm (дата обращения: 06.11.2017).*
9. *Hernandez v. (Naphtali Kogan, M.D., and Cardiovascular Associates, S.C., a Corporation, Defendants-Appellees). URL: http://caselaw.findlaw.com/il-court-of-appeals/1308395.html (дата обращения: 06.11.2017).*
10. *Le Code pénal Français: Livre II, Titre II, Section 2, Article 221-6 // URL: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7F7D6B36DB73D3F610C046A1C2E9337F.tplgfr24s_3?cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20171105 (дата обращения : 06.11.2017).*
11. *Le Code de la santé publique Français: Livre ler, Titre II, Section 1, Article R4127-9 // URL: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=72759B03BC45396D49C4354AD0BE3CAC.tplgfr24s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20171106 (дата обращения : 06.11.2017).*

12. *Уголовный кодекс Федеративной Республики Германия – СПб: Юридический центр Пресс, 2003.*
13. *Пискун А.И. Уголовная ответственность за неоказание помощи больному в зарубежном законодательстве // Пробелы в российском законодательстве. 2013. – №1. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/ugolovnaya-otvetstvennost-za-neokazanie-pomoschi-bolnomu-v-zarubezhnom-zakonodatelstve (дата обращения: 06.11.2017).*
14. *Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России: учебное пособие. М.: Издательство «МИА», 2007. 78 с.*
15. *Тимофеева О.С. Уголовная ответственность медицинских работников: дипломная работа. Томск, 2016. С. 53-59.*
16. *Чижевский В.С. Комментарий к Уголовному кодексу Российской федерации (постатейный) с практическими разъяснениями официальных органов и постатейными материалами. М.: Книжный мир, 2017. С. 157-158.*
17. *Данные о назначенном наказании по статьям УК РФ за 2015 год. Официальный сайт Агентства правовой информации. URL: http://stat.xn----7sbqk8achja.xn--p1ai/stats/ug/t/14/s/17 (дата обращения: 06.11.2017).*
18. *Good Samaritan Laws: A Global Perspective / John T.P. // Loy. L.A. Int'l & Comp. L. Rev. 1998. Vol. 20. P. 591-613.*
19. *Medical Malpractice / David M.S., Michelle M.M., Troyen A.B. // New England Journal of Medicine. 2004. Vol. 350. №3. P. 283-292.*

Об авторах:

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Михайлов И.А. – студент IV курса факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Sergeev Yu. – MD, PhD, professor of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov FirstMoscow, State Medical University of the Ministry of Healt of the Russian Federation, Moscow

Mikhailov I. – Faculty of Fundamental Medicine, Lomonosov Moscow State University, 4th-year student, Moscow

© Сергеев Ю.Д., Михайлов И.А., 2017

Смоленцева К.В.

АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ РЕДКИМИ (ОРФАННЫМИ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Статья посвящена анализу законодательства, правоприменительной практики, правового и лекарственного обеспечения в сфере оказания помощи гражданам, больным редкими (орфанными) заболеваниями.

Ключевые слова: *редкие (орфанные) заболевания, программа государственных гарантий, федеральный регистр, ребенок-инвалид.*

Ksenia V. Smolentseva

ANALYSIS OF JUSTICE AND JUDICIAL PRACTICE REGARDING PERSONS AFFECTING RARE (ORFAN) DISEASES

The article is devoted to analysis of legislation, law enforcement practices, legal and pharmaceutical support in the provision of assistance to citizens, suffering with rare (orphan) diseases.

Key words: *rare (orphan) diseases, state guarantees program, federal register, disabled child.*

Понятие «редкие (орфанные) заболевания» в Российской Федерации впервые появилось в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (гл.5 ст. 44 п. 1) [1].

В соответствии с п. 1 ст. 44 данного закона редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения, иначе говоря, 1 человек на 10 тысяч человек.

Так, в США Акт о редких заболеваниях (Rare Disease Act) 2002 года определяет редкие болезни как «болезни или состояния, затрагивающие менее 200000 людей в США» («any disease or condition that affects less than 200000 persons in the United States») [2], примерно 1 человека из 1500. В Японии редкими болезнями считаются болезни, затрагивающие менее 50000 пациентов, или около 1 среди 2500. Европейская комиссия по здравоохранению определяет редкие болезни как угрожающие жизни или хрони-

ческие серьёзные болезни, имеющие настолько низкий уровень в популяции, что для их изучения и борьбы с ними требуются специальные общие усилия, т.е. усилия государственных и общественных организаций, а также принятие соответствующих решений на политическом уровне государств [3].

По общему правилу низкий уровень в популяции обычно соответствует менее чем 1 из 2000. Болезни, не являющиеся угрожающими жизни, серьёзными хроническими, либо адекватно излечимыми, исключаются из определения [4].

Перечень редких (орфанных) заболеваний формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещается на его официальном сайте в сети «Интернет» (п. 2 ст. 44 Федерального закона №323-ФЗ) [5].

В настоящее время в него входит 221 наименование заболеваний / групп по МКБ-10. На основании этого списка формируется второй перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (далее – Перечень жизнеугрожающих и хронических заболеваний), который утверждается Правительством РФ [6]. В этот перечень сегодня включено 24 редкие заболевания, такие как пароксизмальная ночная гемоглобинурия, тирозинемия, гомоцистинурия, мукополисахаридоз тип I, II, VI и другие.

В соответствии с Программой государственных гарантий 2017 года счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ осуществляется обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории РФ лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических заболеваний. Для обеспечение таких больных лекарственными средствами в положенный срок, Министерством здравоохранения РФ ведется федеральный регистр [6], на основании сведений содержащихся в региональном сегменте. При выявлении заболевания, включенного в Перечень жизнеугрожающих и хронических заболеваний, медицинская организация в течение 5 дней со дня установления диагноза направляет представление в уполномоченный орган исполнительной власти субъекта РФ на включение сведений о лице в региональный сегмент для последующего обеспечения лекарственными препаратами. Конкретный перечень лекарственных средств для лечения редких заболеваний установлен только для обеспечение лиц больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей (программа «7 нозологий»). Список утвержден Распоряжением Правительства РФ от 26.12.2015 №2724р (приложение 3) [7]. Для остальных редких заболеваний обследование и назначение лечения проводится в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Хотелось бы рассмотреть несколько примеров из судебной практики и показать определенную закономерность в вынесении решений судами по делам об обеспечении больных орфанными лекарственными препаратами.

Одно из дел рассматривалось в Республике Дагестан [8].

В интересах несовершеннолетнего в суд обратился его законный представитель с иском к Министерству здравоохранения Республики Дагестан, к Министерству финансов Республики Дагестан и к Правительству Республики Дагестан с требованием обеспечить несовершеннолетнего бесплатными лекарственными препаратами.

Несовершеннолетнему поставлен диагноз Фенилкетонурия, кофакторная форма (биоптеринзависимая гиперфенилаланинемия) и рекомендовано лечение лекарственным препаратом Сапроптерин (Куван). Ребёнок-инвалид включен в федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, и в соответствии с законодательством имеет право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, в т.ч. лекарственным препаратом Сапроптерин (Куван).

В иске также было указано, что в настоящее время, несмотря на многочисленные обращения, ответчики не обеспечивают несовершеннолетнего больного в полном объеме этим лекарствен-

ным препаратом (обеспечение лекарством производится частично и нерегулярно).

По данному делу суд обязал:

- Правительство Республики Дагестан принять меры по организации мероприятий, направленных на приобретение лекарственного препарата Сапроптерин (Куван) для несовершеннолетнего пациента;
- Министерство финансов Республики Дагестан выделить денежные средства за счет средств республиканского бюджета на приобретение лекарственного препарата Сапроптерин (Куван);
- Министерство здравоохранения Республики Дагестан обеспечить пациента препаратом Сапроптерин (Куван) в соответствии с медицинскими показаниями.

Еще одно дело о признании незаконным отказ в обеспечении лекарственным препаратом пациента с редким (орфанным) заболеванием рассматривалось в республике Татарстан.

Истец требовал от Министерства здравоохранения Республики обеспечения себя лекарственным препаратом в соответствии с медицинскими рекомендациями. В иске заявитель указал, что является инвалидом 3 группы и страдает болезнью «Фабри», которая является тяжелым орфанным наследственным (генетическим) заболеванием, приводящим к тяжелой инвалидизации и при отсутствии патогенетического лечения к летальному исходу. Пациенту необходима ферментозаместительная терапия препаратом Агалсидазой бета (торговое наименование «Фабразим») 1мг/кг в/в капельно (внутривенно) 1 раз в 2 недели пожизненно. Первоначально пациент обратился в Минздрав Республики Татарстан об обеспечении его необходимой медикаментозной ферментозаместительной терапией препаратом Агалсидаза бета (Фабразим) в соответствии с медицинскими показаниями. В ответ на свое обращение, пациент был лишь уведомлен о том, что его включили в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. Обеспечения необходимым лекарством осуществлено не было. При повторном обращении Минздрав Республики Татарстан указал, что

лекарственный препарат Агалсидаза бета (Фабразим) не входит в льготные перечни для федеральных и региональных льготников.

Здесь необходимо отметить, что признание заболевания орфанным и занесение его в список редких (орфанных) заболеваний в свою очередь необходимо для соответствующего лекарственного обеспечения, регистрации лекарственных средств и ведения отчетности по данному заболеванию [9].

По данному делу суд посчитал, что отсутствие средств в бюджете не может являться основанием для снижения уровня государственных гарантий на обеспечение пациента жизненно необходимым лекарственным препаратом. Суд признал незаконным бездействие Минздрав Республики Татарстан, выраженное в необеспечении истца лекарственным препаратом «Агалсидаза бета» (Фабразим) по жизненным показаниям, а также обязал Минздрав Республики Татарстан бесплатно организовать обеспечение истца лекарственным препаратом «Агалсидаза бета» (Фабразим) в необходимом объеме в соответствии с медицинскими показаниями вплоть до отмены данного препарата лечащим врачом [10].

Последнее решение суда можно считать показательным, поскольку даже при отсутствии специальных списков лекарственных препаратов, утверждаемых исполнительным органом власти, суд все равно разрешил дело в пользу пациента.

Тем не менее, из анализа всё той же судебной практики также очевидно, что обеспечение лекарственными средствами пациентов с редкими (орфанными) заболеваниями в РФ происходит не в полном объеме, по всей видимости, в связи с недостаточным финансированием региональных и федерального бюджетов.

В настоящее время за счет федерального бюджета финансируется лишь 7 групп орфанных заболеваний (программа «7 нозологий»). Средства для лечения больных с редкой нозологией из перечня жизнеугрожающих и хронических заболеваний выделяются из региональных бюджетов. Ориентировочная общая потребность в финансировании лекарственной терапии орфанных заболеваний оценивается в 15-30 млрд. рублей, при этом на региональном уровне дефицит составляет более трети средств.

Для решения этого вопроса экспертный совет при Правительстве РФ выдвинул определённые предложения по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере обеспечения лекарственными препаратами граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями [11].

Экспертный совет предложил централизовать покупку орфанных препаратов на федеральном уровне на основании обновляемых данных Федерального регистра и закупать препараты у одного поставщика, для установления единых цен поставляемых препаратов на основе прямых долгосрочных контрактов между Министерством здравоохранения РФ и производителями/дистрибьюторами с учетом оптовых скидок и стабильных объемов закупки.

Также члены Экспертного совета предложили внести изменения в Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», включив отдельные наиболее финансово затратные орфанные заболевания в группу заболеваний, обеспечение которыми будет осуществляться за счет средств федерального бюджета (п. 2 ч. 2 ст. 14, ч. 7 и 8 ст. 44, ч. 9.2 ст. 83). В список этих заболеваний входят: гемолитико-уремический синдром, пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели), наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса), тирозинемия, другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика, мукополисахаридоз, тип I, тип II, тип VI.

Было выдвинуто предложение о софинансировании лекарственного обеспечения орфанных больных. Например, софинансирование со стороны пациента в зависимости от класса орфанного заболевания:

- полное покрытие (нулевой соплатеж) для всего населения для лекарственных средств, применяемых для лечения угрожающих жизни, инвалидизирующих и дорогостоящих заболеваний;
- высокий уровень покрытия (75-90%) для лекарственных средств, применяемых для лечения хронических заболеваний, не угрожающих жизни и не относящихся к категории дорогостоящих, стоимость лечения которыми (в ценах возмещения) в месяц превышает 0,1 МРОТ;
- более низкий уровень покрытия (40-75%) для прочих лекарственных средств, включенных в перечень возмещаемых лекарственных препаратов.

Помимо этого были предложены и дополнительные возможные меры:

- Отвязать понятие инвалидность от права на лекарство. Тем самым снизить расходы на выплаты пенсий, при сохранении права на лекарство;
- Исключить из государственного реестра лекарственных средств и из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в рамках ОМС, лекарства с недоказанной эффективностью и безопасностью, которых, по разным оценкам, от 40 до 70%;
- Отменить монетизацию льгот.

С момента закрепления понятия и списков редких (орфанных) заболеваний исполнительной властью государства принято немало действий по повышению доступности орфанных лекарственных препаратов. Тем не менее, проблема финансирования лекарственного обеспечения, особенно на региональных уровнях остается.

Видится, что введение в действие предложений экспертного совета может положительно отразиться на ситуации по предоставлению пациентам орфанных лекарственных препаратов в необходимом количестве и объеме.

С правовой точки зрения ухудшение состояния пациентов с редкими (орфанными) заболеваниями в связи с прекращением лекарственной терапии абсолютно недопустимо, так как нарушает их конституционные права на оказание медицинской помощи, а также на социальное обеспечение по болезни и инвалидности [12]. Именно поэтому решения судов по приведенным выше делам представляются единственно возможными и справедливыми, поскольку в соответствии с Конституцией РФ человек, его права и свободы являются высшей ценностью, а признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина является обязанностью государства.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 28.10.2017).*
2. *Public Law 107–280 «Rare Diseases Act of 2002» – NOV. 6, 2002. // URL: https://history.nih.gov/research/downloads/pl107-280.pdf (дата обращения 01.10.2017).*
3. *Всемирная организация здравоохранения // URL: http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/partners/european-commission (дата обращения 01.10.2017).*
4. *Межрегиональная благотворительная общественная организация инвалидов «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» // URL: http://spiporz.ru/redkie-zabolevaniya/ (дата обращения 29.10.2017).*
5. *Перечень редких (орфанных) заболеваний // URL: https://www.rosminzdrav.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy (дата обращения 01.11.2017).*
6. *Постановление Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. №403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» (с изменениями и дополнениями) // URL: http://base.garant.ru/70168888/#ixzz4yWKu8mR7 (дата обращения 28.10.2017).*
7. *Распоряжение Правительства РФ от 26 декабря 2015 г. №2724-р Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год // URL: http://base.garant.ru/71296364/#ixzz4yWIrreq1 (дата обращения 28.10.2017).*
8. *Решение по делу 2-4732/2017 ~ М-4707/2017 // URL: https://rospravosudie.com/court-sovetskij-rajonnyj-sud-g-maxachkaly-respublika-dagestan-s/act-559795041/ (дата обращения 28.10.2017).*
9. *Меретуков Д.А., Глущенко А.А. Юридические аспекты терапии орфанных заболеваний в Российской Федерации на примере адренокортикального рака. //Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2016. Том 2. №2 (4). С. 328-334.*
10. *Решение по делу 2а-7066/2016 ~ М-5969/2016 // URL: https://rospravosudie.com/court-vaxitovskij-rajonnyj-sud-g-kazani-respublika-tatarstan-s/act-532531072/ (дата обращения 28.10.2017).*

11. *Предложения Экспертного совета при Правительстве Российской Федерации по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере обеспечения лекарственными препаратами граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями http://open.gov.ru/upload/iblock/978/97847c16d6ed6133c7d3dc71a0969594.pdf (дата обращения 01.11.2017).*
12. *Конституция Российской Федерации // URL: http://www.constitution.ru / (дата обращения 28.10.2017).*

Об авторе:

Смоленцева Ксения Владимировна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: dvaentria@gmail.com

Smolentseva Ksenia Vladimirovna – 6th year student of the Faculty of Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

Научный руководитель: Фарбер Елена Владиславовна – юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Scientific adviser: Farber Elena Vladislavovna – Lawyer, Senior Lecturer of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

© Смоленцева К.В., 2017

Спиридонов В.А., Анисимов А.А.

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК НАСУЩНАЯ ОТРАСЛЬ ПРАВА В УСЛОВИЯХ ОПТИМИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММ ВЫСШЕГО ЮРИДИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ

Статья посвящена анализу системы высшего юридического образования Соединенных Штатов Америки. Представлен личный опыт посещения юридических школ университетов США и знакомства с программами подготовки юристов по специальности «медицинское право».

Ключевые слова: *медицинское право, высшее юридическое образование, правовая компаративистика.*

Valeriy A. Spiridonov, Andrei A. Anisimov

MEDICAL LAW – THE VITAL LEGAL BRANCH IN CONDITION OF MODERN HEALTHCARE OPTIMIZATION ON THE EXAMPLE OF THE UNITED STATES LAW EDUCATIONAL PROGRAMS

The article shows the analysis of the United States higher law educational system. We have presented our personal experience of visiting US Law Schools and acquaintance with «Health law» educational programs.

Key words: *health law, medical law, law education, comparative law.*

Вопросы права, медицины и их совокупного влияния на общественные отношения постоянно интересовали людей. Это не удивительно, так как они охватывают две самые фундаментальные социальные сферы общества, а при взаимодействии рождают третью – сферу медицинских правоотношений. При этом, говоря о Российской Федерации, не подвергается сомнению тот факт, что правовое регулирование общественных отношений в сфере здравоохранения и медицинской помощи является одним из важнейших условий жизни современного человека, так как право на охрану жизни, здоровья и медицинскую помощь в числе основных прав и свобод закрепляется конституционально [1, 2]. Принятие в 1993г. Конституции РФ дало мощный толчок для широкого процесса законотворчества в данной сфере и привело к принятию нескольких десятков нормативно правовых актов,

включая Федеральный Закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также закреплению положений и норм административного, гражданского, уголовного, трудового, экологического и других отраслей права [3]. Это связано со стремительным развитием рыночных отношений в медицине, повышением требований населения к качеству медицинской помощи, развитием революционных медицинских направлений, как трансплантология, искусственное оплодотворение, суррогатное материнство, и другими факторами. Ежедневное появление все новых биоэтических вопросов и конфликтных ситуаций в современном здравоохранении неизбежно подчеркивает насущность медицинского права в отечественной системе здравоохранения.

Несмотря на актуальность и комплексность данной сферы, в Российской Федерации медицинское право так и не выделено в самостоятельную отрасль права, а его развитие как науки и учебной дисциплины происходит эмпирически усилиями кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова в лице патриарха отечественного медицинского права член-корр. РАН, д.м.н., профессора Ю.Д. Сергеева, а также его единомышленников [4].

Не поддается сомнению тот факт, что уровень развития медицинского права как отрасли и науки прямо зависит от качества системы подготовки специалистов в этой сфере, в связи с чем, целью нашего сообщения явилось изучение системы высшего юридического образования Соединенных Штатов Америки и демонстрация личного опыта знакомства с американскими программами профессиональной подготовки юристов по специальности «медицинское право».

Общеизвестно, что в США исторически принята англосаксонская система общего права (Common Law System), в основе которой при рассмотрении дела лежит не толкование законов и кодексов, как в Романо-германской системе гражданского права (Civil Law System), а использование судебных прецедентов, т.е. опыта предыдущих решений по схожим процессам. В связи с этим модель подготовки юристов в США имеет ряд своих

особенностей и характеризуется узкой специализацией и практической направленностью учебного процесса. При этом, если в России выпускники становятся юристами, отучившись в ВУЗе после завершения среднего образования, то в США юридическое образование – профессиональное, и получить его могут только люди, уже имеющие степень бакалавра по любой другой специальности. Тем самым, юридическое образование в США является эквивалентом отечественного постдипломного образования. Двумя основными программами обучения, разработанными Ассоциацией американских юристов, являются J.D. и L.L.M.

J.D. (Juris Doctorate) – базовая трехгодичная программа обучения, самая распространенная среди граждан США. Что интересно, обязательный перечень дисциплин устанавливается только для первого курса и их доля составляет 30-40%. В это число входят: конституционное и административное право, гражданский процесс, контрактное и деликтное право, уголовное право, право собственности, юридическое письмо и правовая этика. Остальную часть дисциплин студенты выбирают на втором и третьем курсах самостоятельно, в соответствии со своей сферой будущей деятельности. В связи с этим обучение на втором и третьих курсах имеет узкоспециализированную направленность: до 95% предметов, изучаемых студентами, относятся к программам специализации [5]. Говоря о программе L.L.M. (Master of Laws), необходимо отметить, что это узкоспециализированное юридическое образование сроком обучения один год и присвоением степени мастера права. Данную степень могут получить студенты, уже имеющие квалификацию J.D., либо, как правило, иностранные студенты, получившие высшее юридическое образование в своей стране.

Что касается практической составляющей обучения, то в юридических школах США для обеих программ созданы условия для постоянного совершенствования практических навыков: стажировки в юридических фирмах, моделирование судебного процесса, а также непосредственная работа в юридических клиниках на общественных началах. Таким образом, к моменту получения диплома молодые юристы не только обладают глубокими знаниями и компетенциями в конкретной

узкой юридической отрасли, но уже имеют настоящий опыт практического применения этих знаний и компетенций.

В условиях узконаправленной специализации учебного процесса, медицинское право прочно занимает свое место в структуре программ высшего юридического образования США. По данным «Start class by Graphiq», 78 из 208 (37.5%) юридических школ американских университетов предлагают абитуриентам программы обучения по медицинскому праву, включая ведущие ВУЗы страны, такие как Йельский университет (Коннектикут), Пенсильванский университет (Пенсильвания), Стэнфордский университет (Калифорния) и др. [6]. В конце сентября 2017 года в ходе научно-образовательного визита в США мы лично посетили юридические факультеты трех ВУЗов США: Гарвардская школа права (Массачусетс), Школа права Дикинсона государственного университета Пенсильвании (Пенсильвания) и Вашингтонская школа права Американского университета (Округ Колумбия), где непосредственно познакомились с системой преподавания медицинского права. Учебная программа данной комплексной дисциплины, как правило, охватывает весь спектр тем, которые традиционно связаны с медицинской деятельностью, а именно: отношения между врачом и пациентом, вопросы информированного согласия и врачебной тайны, проблемы медицинской халатности и ответственности, регулирование профессиональной деятельности медицинских работников и работы медицинских учреждений, финансирование здравоохранения, страхование, контроль оборота лекарственных средств, а также биоэтические аспекты репродуктивного здоровья, прижизненного и посмертного донорства и даже проблемы достойного ухода из жизни [7]. При этом занятия ведут практикующие в данной сфере юристы, которые могут помочь студентам детально разобрать тот или иной прецедент. Возвращаясь к практике, нельзя не отметить работу, которую проводит Вашингтонская школа права со своими студентами. Обучающиеся совершенствуют свои практические навыки молодого юриста, участвуя в широком спектре стажировок и практических занятий в Вашингтоне, округ Колумбия. В то время как стажировки для студентов-юристов из других универ-

ситетов ограничены только летним периодом, студенты данного ВУЗа оттачивают свои навыки круглый год в медицинских организациях и агентствах местного, государственного, федерального и даже международного уровней [8]. Апофеозом предметного изучения медицинского права, на наш взгляд, стала организация на базе Школы права Дикинсона юридической клиники, занимающейся исключительно вопросами медицинских правоотношений. Здесь студенты на общественных началах самостоятельно оказывают юридическую помощь по медицинским делам гражданам с низким доходом, получая при этом колоссальный теоретический, а главное, практический опыт [9].

Пример Соединенных Штатов Америки показывает, насколько тщательное внимание страна со стремительно развивающимся здравоохранением должна уделять его правому регулированию. Конечно, учитывая особенности англосаксонской системы общего права, необходимо критически относиться к зарубежному опыту и его применению в Российской Федерации. Тем не менее, в последнее время в России все чаще наблюдаются так называемые «врачебные дела», требующие медицинско-правового сопровождения [10, 11]. В связи с чем считаем, что проблема образования в сфере медицинского права в России не только актуальна, но и ургентна. Помимо организации программ высшего юридического образования по данной специальности, предлагаем идею создания медико-юридических клиник на базе профильных кафедр медицинских ВУЗов, что станет отправной точкой в объединении потенциалов юридического и медицинского сообществ ради общей цели развития отрасли медицинского права и защиты основных конституционных прав граждан Российской Федерации.

Список литературы:

1. *Тимофеев, И.В. Право и медицина: учебное пособие для врачей и юристов. СПб: Изд-во ДНК, 2017. 448 с.*
2. *Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 02.11.2017).*

3. *Акопов, В.И. Правовое обеспечение медицинской деятельности: учебник и практикум для СПО. М.: Юрайт, 2016. 287 с.*
4. *Медицинское право в России: этапы становления и перспективы развития / Сергеев, Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С. И., Каменская Н.А. // Современные проблемы медицинского права, биомедицинской этики и судебной медицины: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. М.: Национальный институт медицинского права, 2016. 275 с.*
5. *Захаров, В.В. Современные модели юридического образования: традиции и новации // Актуальные проблемы российского права, 2014. №10 (47).*
6. *Статистический источник «Start class by Graphiq» // URL: http://law-schools.startclass.com/d/e/JD-_-_-LLM (дата обращения: 03.11.2017).*
7. *Catherine Pattanayak, Joan Ruttenberg, Annelise Eaton. Health Law: A Career Guide, 2012 // URL: www.law.harvard.edu/current/careers/opia*
8. *Studying Health Law & Policy at AUWCL, 2017 // URL: https://www.wcl.american.edu/impact/initiatives-programs/health/ (дата обращения: 03.11.2017).*
9. *Medical-Legal Partnership Clinic. 2016 The Pennsylvania State University // URL: https://dickinsonlaw.psu.edu/academics/experiential-learning/clinics (дата обращения: 03.11.2017).*
10. *Ю.Д. Сергеев. Ненадлежащее оказание медицинской помощи – важнейшая научно-практическая проблема для специалистов в области медицинского права / Ю.Д. Сергеев // Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2016. Том 2. №2 (4). С. 13-18.*
11. *Пахомов А. «Следователей обучат работе с врачебными ошибками» Vademecum от 7.11.2017 // URL: https://vademec.ru/news/2017/11/07/sledovateley-obuchat-rassledovaniyu-vrachebnykh-oshibok / (дата обращения: 10.11.2017).*

Об авторе:

Спиридонов Валерий Александрович – заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России; Руководитель отделения судебно-медицинских исследований экспертно-криминалистического отдела Следственного управления Следственного комитета РФ по Республике Татарстан, д.м.н., доцент, Казань, e-mail: vaspiridonov@yahoo.com

Анисимов Андрей Андреевич – студент педиатрического факультета ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, студент юридического факультета ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань

Valeriy Alexandrovich Spiridonov – head of the forensic medicine department of Kazan State Medical University, Russia. Head of forensic investigations department of the Russian Federation Investigative Committee in the Republic of Tatarstan; Doc. of. Med., Kazan

Andrei Andreevich Anisimov – pediatrics faculty student at Kazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, law faculty student at Kazan State Federal University, Kazan

© Спиридонов В.А., Анисимов А.А., 2017

Тимофеева М.Ю., Северцев В.В.

ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ И СВОБОД ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПРАВОВОЙ АСПЕКТ)

В данной работе рассмотрены основные аспекты правовых особенностей оказания психиатрической помощи, а так же отношение государства к этому вопросу. Большое внимание уделяется вопросам недобровольной госпитализации. Описаны условия необходимые для недобровольной госпитализации, а так же подчеркнуты наиболее важные моменты связанные с ней. Формулируется круг нерешенных проблем, а так же предложены пути их решения.

Ключевые слова: *права лиц с психическими расстройствами; недобровольная госпитализация.*

Margarita Y. Timofeeva, Vsevolod V. Severtssev

LIMITATION OF RIGHTS AND FREEDOMS OF PERSONS AFFECTING MENTAL DISORDERS

In this paper, we consider the main aspects of the legal concepts of psychiatric care, as well as the attitude of the state to this issue. Much attention is paid to involuntary hospitalization. The conditions necessary for involuntary hospitalization, as well as the topics of most aspects associated with it, are described. A range of unsolved problems is formed, as well as ways to solve them.

Key words: *rights of persons with mental disorders; involuntary hospitalization; child psychiatry, legal problems, patient rights, order the proper provision.*

Полемика о проблемах незащищенности пациентов, в период их пребывания в психиатрических стационарах, ведется уже давно.

В 2019 году, Российское законодательство планирует создание «Службы по защите прав пациентов психиатрических учреждений», которая станет осуществлять свою деятельность в качестве «специального подразделения» при «Уполномоченном по правам человека в РФ». Данная «Служба» призвана защищать, не только права пациентов медицинских психиатрических стационаров, но и 150 тыс. россиян, живущих в психоневрологических интернатах (ПНИ) – учреждениях социального обслуживания.

Необходимо подчеркнуть, что «Этические положения в психиатрии», принятые на ВПА «Гавайской декларацией» от 25 апреля 1977года, являются общепризнанными и наиболее устоявшимися.

Этот нормативный документ впервые не просто закрепляет правовой статус лиц, страдающих психиатрическими расстройствами, но и дает определение детской – «педопсихиатрии», как возрастной спецификой данной области.

Поэтому, данное исследование пытается выделить основные проблемы, возникающие при оказании психиатрической помощи как для несовершеннолетних, так и для взрослого населения.

При первичном рассмотрении нормативно-правовой базы, выясняется, что принятые – Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991г №46/119 о «Защите психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи», и действующий в России – Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 (в ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не упоминают, а следовательно и не регулируют вопросы детской психиатрической области.

Иными словами, как утверждают отдельные правозащитники, «фактически игнорируются интересы ¼ части населения России, а именно «Право на охрану здоровья и медицинскую помощь» (ст. 41 Конституции РФ).

Но, согласно ч. 2 ст. 7 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан РФ», закреплены и подлежат особой охране все права пациентов – детей, независимо от их семейного и социального благополучия.

Данный закон, как и все законодательство РФ, не только обеспечивает заботу о здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья как взрослых, так и детей с момента их рождения по достижению ими совершеннолетия (18 лет), но и закрепляет четкий порядок оказания психиатрической помощи деля ее на 3 этапа:

- **психиатрическое освидетельствование**, как правило, необходимо для определения, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психической помощи. И принятие решения о виде помощи. В отношении несовершеннолетних в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей, либо иного законного представителя;

- Причем закон оговаривает, что в случае возражения одного из родителей (или при их отсутствии) освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде;
- **амбулаторная психиатрическая помощь (консультативно-лечебная)** – оказывается врачом-психиатром в момент самостоятельного обращения лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе (с согласия), а для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе, или с согласия родителей (опекунов, попечителей), (но согласно ч. 1 ст. 27 Закон №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусматривает «диспансерное наблюдение», устанавливающееся без согласия пациента, и предполагающие регулярные осмотры врачом – предоставляя больному необходимые медицинскую и социальную помощь);
- **госпитализация в психиатрический стационар** – осуществляется добровольно, по просьбе или с согласия лица, либо его законного представителя. В случае несовершеннолетних пациентов (до 15 лет) госпитализация в психиатрический стационар проводится по просьбе или с согласия его родителей (или иного законного представителя) при наличии соответствующий показаний.

Законодатель четко регламентирует права и обязанности медицинского персонала данного профиля. Так детский врач-психиатр:

- зачастую обладает сертификатом по неврологии и работает не только с психологическими патологиями, но и с нарушениями развития и созревания;
- врач должен обладать обще – психиатрическим опытом, но при этом быть еще детским психологом и педагогом, что к сожалению, редко встречается на практике [1].

Если взрослый психиатр контактирует непосредственно с самим пациентом, то детский врач должен, в первую очередь, наладить контакт с родителями пациента и выработать комплаентность (от англ. patient compliance) то есть приверженность к назначенному курсу лечебно-диагностических мероприятий. Та-

ким образом, детский-психиатр выступает в роли семейного врача и психолога. Согласно ст. 20 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», что является не простой задачей для врача, так как не всегда удается найти общий язык с родственниками больного по целому ряду причин, а консультировать детей до 15 лет можно только с их согласия.

На наш взгляд, не желания родителей контактировать со специалистом (психиатром) из-за не понимания или нежелания осознать патологию своего ребенка, ставит врача перед выбором: обследовать нуждающегося ребенка в ущерб врачебной практике, вступив в конфликт с законом, или пустить дело на самотек в ущерб врачебной этики.

Еще одной существенной проблемой отрасли является слабое развитие детской психофармакологии.

В настоящее время, существует множество современных препаратов, успешно зарекомендовавших себя во взрослой практике, но психиатры вынуждены давать детям старые препараты, имеющие побочные эффекты, только потому что новые препараты официально не были апробированы на детях. Причем, многие специалисты отрицают возможность использовать психотропные препараты у больных, не достигших 16 лет.

В качестве аргумента о нецелесообразности медикаментозного лечения психиатрических заболеваний у детей ссылаясь на функциональную незрелость детского организма (п. 18 «Порядок оказания педиатрической помощи», утверждено Приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. №366/н). Но по мнению большинства клиницистов, в некоторых случаях медикаментозное лечение просто необходимо.

На наш взгляд, самой сложной проблемой является взаимоотношения детской психиатрии и немедицинских учреждений (образовательных и общественных).

На практике, психиатры все чаще сталкиваясь с ущемлением прав своих пациентов, ведь нарушения в развитии детей часто приводят к непониманию в обществе, что затрудняет процесс лечения, а следовательно нет ожидаемого эффекта в курсе лечения.

Судебная практика, выявляет случаи, когда не «компетентные» врачи лечат психологические расстройства, вызванные ненадлежащим обращением со стороны педагогов и сверстников.

На наш взгляд, в интересах несовершеннолетнего гражданина, необходимо скорректировать положения ст. 37 ФЗ-№3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав ее оказании» в разделе порядок госпитализации :

1. В момент оформления госпитализации несовершеннолетнего, пациенту должны быть разъяснены, в доступной для него форме не только цели госпитализации, а так же его права, ведь от принуждения к лечению у больного ребенка может выработаться страх перед врачами и медицинским персоналом.
2. Учитывая, что детям и родителям особенно тяжело будет даваться разлука на время лечения, поэтому мы рекомендуем, сославшись на ст. 7 (ФЗ-№323), и в положения о « внутреннем порядке» детских психиатрических стационаров внести пункт « об особых условиях нахождения детей в стационаре», в отличие от взрослых.

Считаем, что государству и системе здравоохранения необходимо уделять больше внимания проблемам «детской психиатрии», расширив реабилитационную программу. Данное направление отличается не только методиками лечения, разработанными с учетом возраста пациентов, но и более системным подходом к лечению детей.

Надеемся, что в ближайшее время будут приняты дополнения в законодательстве по «детской психиатрической фармакологии», улучшению работы немедицинских учреждений для детей с отставанием развития или психическими патологиями.

Разбирая правовой аспект оказания психиатрической помощи уже пациентам старше 18 лет, опять нередки возмущения отдельных политиков, пытающихся создать политический пиар на «несовершенстве Российского законодательства» в рамках защиты данной категории граждан на момент их «неправомерной» госпитализации.

Как ранее уже было сказано, основой нормативной базы в данном вопросе является – Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 (в ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», где законодатель пошагово закрепляет – правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи для данной категории граждан, опираясь на законность, гуманность и соблюдение прав человека и гражданина.

В свою очередь, редакция Федерального закона от 25.11.2013 №317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – четко прописывает основания для госпитализации граждан от 18 лет в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь . К ним относятся:

- наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении психиатрического обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи;
- необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами РФ.

Отдельным положением в рассматриваемой редакции Федерального закона №317-ФЗ закреплено добровольное осуществление госпитализации лица, в том числе признанного в установленном законом порядке недееспособным (по просьбе или с согласия гражданина, или при наличии согласия его законного представителя).

Исключения составляют основания для принудительной госпитализации согласно ст. 29 Закона №3185-1, если одновременно выполняются следующие условия:

- установлено наличие у лица психического расстройства;
- психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационаре;
- психическое расстройство человека является тяжелым и обусловливает его непосредственную опасность для себя или окружающих;

- беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи [2].

В соответствии с ч.1 ст. 23 Закона РФ №3185-1 – гражданин может быть принудительно освидетельствован на предмет наличия психического заболевания.

Сам порядок оформления данного освидетельствования закреплен в ст. 25 Закона №3185-1, где:

- в ч. 2 заявление на освидетельствование подают врачу-психиатру – родственники гражданина, врач любой медицинской специальности, должностные лица и иные граждане, например, сотрудники полиции;
- в соответствии с ч. 4 – заявление подается только в письменном виде и содержит подробные сведения, обосновывающие необходимость освидетельствования, или отказ от обращения к врачу – психиатру;
- в ч.3. предусмотрены неотложные меры, в этом случае заявление может быть в устной форме, когда, по полученным сведениям, человек представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, а врач-психиатр принимает решение немедленно, оформляя запись в медицинской документации (ч. 1 ст. 24).

Производится «принудительное освидетельствование» только по решению суда на основании заявления, поданного в течении 48 часов с момента госпитализации и, если по имеющимся данным, обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства (ч. 2 ст. 24) [2]:

- врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое заключение о необходимости принудительного освидетельствования, которое рассматривается судом в течение трех дней со дня подачи (ч. 5 ст. 25);
- согласно ст. 29, и ч. 1 ст. 32 Закона №3185-1 – гражданин может быть госпитализирован до постановления судьи, при этом он должен быть освидетельствован в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров.

В этом случае освидетельствование определяется: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также вид такой помощи, в том числе госпитализация в психиатрический стационар [2].

Госпитализация в психиатрический стационар осуществляется:

- по результатам психиатрического освидетельствования комиссия врачей-психиатров выносит решение об обоснованности госпитализации, а в случае признания госпитализации необоснованной и отсутствии у госпитализированного желания остаться в больнице его немедленно выписывают (ч. 1 ст. 32 Закона №3185-1)
- в случае признания госпитализации обоснованной представитель медицинской организации подает в суд заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар, в недобровольном порядке, в этом случае, к заявлению прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в стационаре (ч. 2 ст. 33 Закона №3185-1)
- заявление и заключение комиссии врачей-психиатров направляются в суд по месту нахождения медицинской организации в течение 24 часов после признания госпитализации обоснованной (ч. 2 ст. 32 Закона №3185-1)

Законодатель отмечает, что срок в 24 часа для подачи заявления медицинским работником не должен выходить за пределы 48 часов, предоставленных для госпитализации гражданина в стационар до санкции судьи [4].

В свою очередь, судья рассматривает заявление о госпитализации лица в недобровольном порядке в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в указанной медицинской организации [3]. При этом дело не может быть рассмотрено в упрощенном порядке, поскольку касается ограничения прав и свобод гражданина, в связи с чем при его рассмотрении требуется присутствие данного гражданина или его представителя

Кроме того, при рассмотрении заявления – обязательно участие прокурора, представителя медицинской организации, ходатайствующего о госпитализации, и представителя гражданина, в отношении которого решается вопрос о госпитализации (ч. 3 ст. 34 Закона №3185-1)

По результатам рассмотрения заявления судья выносит решение, которым удовлетворяет или отклоняет ходатайство психиатрического стационара о госпитализации.

Само решение судьи об удовлетворении заявления является уже основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре (ч. 1, ч. 2. ст. 35 Закона №3185-1).

Согласно ч. 3 ст. 35 Закона №3185-1, данное решение суда может быть обжаловано в течение 10 дней с момента его вынесения.

На основании изложенного, можно сделать выводы о том, что законодатель в полном объеме зафиксировал и регламентировал все действия сторон, пытаясь защитить права граждан.

Однако, не смотря на все перечисленные предосторожности, на практике, нарушения в части незаконной госпитализации граждан – к сожалению возможны.

На наш взгляд, является целесообразным – формирование «независимой экспертной организации», специализирующейся только на вопросе госпитализации, которая могла бы давать достоверную оценку в самой необходимости госпитализации.

Для судейского корпуса, считаем целесообразным, разработать четкую систему критериев и причин, являющихся основанием «недобровольной госпитализации граждан», которые имея рекомендательно – разъяснительный характер будут зафиксированы в едином нормативном документе.

Для судьи, который не является врачом-психиатром, достаточно сложно установить достоверность врачебной экспертизы, а значит существует шанс недобросовестного использования психиатрической экспертизы в чьих-либо интересах.

Именно поэтому разработка более четких методических указаний и ясных, объективных критериев для недобровольной госпитализации необходима.

Уверены, что совместная деятельность Министерства внутренних дел РФ и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) обеспечат правовой порядок в государственных учреждениях [5].

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С. И., Каменская Н.А. Правоведение, Медицинское право. М.: Издательство «Медицинское информационное агентство, 2014. С. 449.*
2. *Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» .*
3. *Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 27.09.2016 №36.*
4. *Определения Конституционного Суда РФ от 05.03.2009 №544-О-П.*
5. *Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2016. Том2. №2 (4). С. 270.*

Об авторах:

Тимофеева Маргарита Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: timofeevainfo@mail.ru

Северцев Всеволод Владиславович – студент 6 курса лечебного факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: severtsevmed@gmail.com

Margarita Yrievna Timofeeva – senior lecturer Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Vsevolod Vladislavovich Severtssev – 6th year student, medical faculty, First Medical State Medical University, Moscow

© Тимофеева М.Ю., Северцев В.В., 2017

Тюбина А.С., Павлова Ю.В.

ПРАВОВОЙ РЕЖИМ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье рассматриваются проблемы, связанные с реализацией репродуктивных прав человека при искусственном прерывании беременности. Проанализированы риски для репродуктивного здоровья женщины при ограничении права на искусственное прерывание беременности.

Ключевые слова: *репродуктивное здоровье, репродуктивные права населения, искусственное прерывание беременности, угрозу женскому репродуктивному здоровью.*

Anna S. Tyubina, Julia V. Pavlova

LEGAL REGIME OF ARTIFICIAL TERMINATION OF PREGNANCY

The article deals with the problems connected with the realization of the reproductive rights of a person with the artificial termination of pregnancy. The risks to the reproductive health of women are analyzed with the limitation of the right to artificial termination of pregnancy.

Key words: *reproductive health, reproductive rights, abortion, threats to women's reproductive health.*

В последние десятилетия искусственное прерывание беременности стало наиболее обсуждаемым в сфере права и этики.

Аргументация, которая обосновывает право женщины на свободный ответственный выбор в отношении того, вынашивать ли ей зачатый плод или абортировать его, наиболее полно изложена в документах и публикациях Международной Федерации планирования семьи.

Вопрос об аборте – это часть вопроса о репродуктивном здоровье, репродуктивном выборе и репродуктивных правах человека.

В современном демократическом обществе права человека имеют первостепенное значение. Во всех сферах отношений, регулируемых правом, человек и гражданин выступает как субъект соответствующих прав, свобод и обязанностей. Институт прав и свобод человека является одним из элементов правового статуса личности. Конституционное воплощение этот институт получил в главе 2 Конституции Российской Федерации 1993 года. В нор-

мах этой главы устанавливается, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью, а признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина-обязанность государства. Содержание главы 2 Конституции Российской Федерации соответствует в основном общепризнанному перечню прав и свобод, закрепленному во Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 г., Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г., Международном пакте о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г.

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Понятие «репродуктивное здоровье» получило распространение в мире в 1980-х годах и своим содержанием тесно связано с репродуктивными правами женщин и мужчин. По принятому Всемирной Организацией Здравоохранения определению «репродуктивное здоровье» – это состояние физического, духовного и социального благосостояния, а не просто отсутствие заболевания или немощи во всем, что касается репродуктивной системы организма и ее нормального функционирования.

Права, связанные с принятием репродуктивного решения, были признаны в решениях ООН еще в 1968 году. Концепция права на репродуктивный выбор была сформулирована на Международной конференции по правам человека, прошедшей в Тегеране 23 мая 1968 года. [1] В пункте 16 Воззвания Тегеранской конференции было определено неотъемлемое право родителей свободно и с чувством ответственности определять число детей и сроки их рождения. Дальнейшее развитие концепции по закреплению репродуктивных прав имело место в итоговых документах трех международных конференций по народонаселению и развитию (Бухарест, 1974; Мехико, 1985; Каир, 1995), а также Всемирной конференции по положению женщин (Пекин, 1995). [3] Современное понимание репродуктивного права было сформулировано на Конференции по народонаселению в Мехико (1984) следующим образом: «Все пары и отдельные лица обладают фундаментальным правом принятия свободного и ответственного решения относительно количества детей и длительности периода между их появлением, а также доступа к информации, просвещению и средствам для обеспечения этого права». Основным изменением, отразившимся в новом определении, является расширение категории лиц, обладающих правом репродуктивного решения, до отдельных лиц и пар. Это означало признание мировым сообществом того, что право на репродукцию принадлежит не только семьям, но всем людям. Конференция в Найроби (1985) провозгласила репродуктивные права важнейшим условием завоевания женщинами равноправного статуса в обществе. Однако эти права не получили надежных правовых гарантий. Многие годы они были и остаются одним из направлений той борьбы, которая ведется за полное признание женских прав, составной частью фундаментальных прав человека.

Впервые всеобъемлюще о репродуктивных правах было заявлено на Международной Конференции по Народонаселению и Развитию, состоявшейся в 1994 году в Каире и получило дальнейшее развитие в Докладе Четвертой всемирной конференции по положению женщин и в принятой Конференцией Платформе действий. Россия, в числе 180 государств мира, подписала этот документ. Согласно указанным документам, репродуктивные права охватывают некоторые права человека, признанные в национальных и международных юридических документах по правам человека. На Каирской конференции впервые репродуктивное здоровье в контексте человеческого развития было определено как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или увечья во всем, связанном с репродуктивной системой, ее функциями и процессами», а охрана репродуктивного здоровья – как «объединение методов, технологий и услуг, которые защищают репродуктивное здоровье, посредством предотвращения и решения проблем в этой сфере». Таким образом, указанная программа действий Каирской конференции впервые определила репродуктивные права как часть прав человека и рекомендовала странам-участникам план действий, который предусматривает ряд мер по улучшению ситуации с детской и материнской смертностью в мире, снижения числа абортов и разработку законов, направленных на защиту репродуктивного здоровья населения.

Важнейшее из репродуктивных прав, охраняемое государством, – право иметь и сохранять репродуктивное здоровье. Это право становится реальным лишь при доступности для женщин и мужчин всех современных средств планирования семьи, одним из которых в определенных ситуациях может считаться и искусственный аборт. Беременность – это, с одной стороны, нормальный физиологический процесс, происходящий с женщиной (ее организмом), а с другой, – это процесс биологического формирования нового человека. Поэтому, даже допуская практику аборта по принципу меньшего зла, следует иметь в виду, что он представляет собой серьезную травму (моральную и физическую) для женщины, а также является злом, прерывающим уже начавшуюся жизнь нового человека.

Аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики, а также философии, юриспруденции и теологии. Клятва Гиппократа запрещает врачу прерывание беременности («Я ... не вручу никакой женщине абортивного пессария») [4]. В то же время Аристотель считал аборт допустимым. В позиции Аристотеля обращают на себя внимание два момента: необходимость абортов обосновывается у него демографическими целями (регулированием рождаемости); одновременно он считал аборт дозволенным, пока в зародыше не сформировалась «чувствительность» и «двигательная активность».

В Древнем Риме, в особенности в его поздний период, аборт не считался чем-то позорным и широко практиковался. Позднее, когда Римская империя стала нуждаться в солдатах для захвата чужих земель и увеличении числа рабов, женщина и лица, способствующие производству аборта, строго наказывались.

В эпоху упадка империи состоятельные граждане предпочитали не иметь ни семьи, ни детей. Поначалу в римском праве зародыш трактовался как часть тела матери (pars viscerum), поэтому женщина не подвергалась наказанию за умерщвление плода или изгнание его из утробы. И только позднее эмбрион (nasciturus – «имеющий родиться») был наделен некоторыми гражданскими правами.

Окончательное осознание ценности эмбриона самого по себя связано с возникновением христианства. Уже в эпоху раннего христианства аборт отождествляется с убийством человека. Христианская концепция утверждала, что истребление плода лишает его благодати будущего крещения и, следовательно, является тяжким грехом. Поэтому в Средние века аборт квалифицировался как тяжкое преступление, аналогичное убийству родственника. Под влиянием церкви в XVI веке почти во всех европейских странах (Англии, Германии, Франции) производство аборта каралось смертной казнью, которая впоследствии была заменена каторжными работами и тюремным заключением. Причем это касалось не только врача, но и пациентки.

В XIX веке в европейской медицине произошел поворот в воззрениях на критические ситуации «или мать, или ребенок», и во главу угла было поставлено спасение жизни матери. В США тогда же возникло общенациональное движение против абортов, а американские врачи доказали, что плод одушевлен с момента зачатия, а не с момента ощущения матерью его движений. Аборты были запрещены, кроме тех самых случаев спасения жизни женщины. В дореволюционной России существовало аналогичное отношение к абортам, нашедшее свое четкое выражение и в законодательстве: четко различались разрешенный законодательством искусственный аборт, производимый врачом с целью спасения жизни женщины, и аборт, производимый самой женщиной или каким-либо посторонним лицом с преступной целью прекращения беременности. Принадлежность лица, производящего криминальный аборт, к медицинской профессии (сюда относились и повивальные бабки) считалось отягчающим обстоятельством.

Россия стала первым государством в мире, легализовавшим «аборт по просьбе», что произошло в 1920 году. Однако немногим позже советские органы здравоохранения образовали так называемые «абортные комиссии», которые выдавали разрешения на аборт в зависимости от определенных категорий [5].

Но уже в 1936 году аборты в нашей стране снова были запрещены, статистические данные засекречены; аборты могли производить только по медицинским показаниям [5].

Определение беременности на ранних стадиях было возможно и тогда. Поэтому снова стало расти число криминальных абортов. Оно достигало 80-90% от общего числа всех абортов. Очеред-

ная легализация произошла только в 1955 году, когда был принят Указ «Об отмене запрещения абортов», который предоставил женщине право самой решать вопрос о возможности материнства и разрешил производство легальных искусственных абортов без медицинских показаний, но только в лечебных учреждениях.

В СССР вводился запрет на аборты, целью которого являлось повышение уровня рождаемости, однако эта мера не привела к ожидавшемуся увеличению темпов роста населения. Как показывает исторический опыт, демографические проблемы в России не могут и не должны решаться путем введения законодательных запретов и ограничений [6].

В настоящее время в России одно из самых либеральных законодательств об аборте. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разрешает «аборт по просьбе» до 12 недель беременности, по социальным показаниям – до 22 недель, по медицинским показаниям – независимо от срока беременности [2].

Ограничение доступа к абортам или их запрет не вызывает роста рождаемости, а лишь приводит к увеличению числа незаконных и небезопасных абортов, которые наносят вред здоровью женщин и повышают уровень материнской смертности.

Так, после отмены запрета на проведение операций по прерыванию беременности в Барбадосе, Канаде, ЮАР, Тунисе, Турции количество проводимых абортов не увеличилось. При этом в Нидерландах, где доступ к абортам свободен, их количество одно из самых низких в мире [7].

Исключением является Ирландия, где люди очень консервативные и верующие и в стране действует строгий закон по абортам, проведение которого разрешено только в случае угрозы здоровью женщины. Но множество исследований доказывают, что женщины из Ирландии путешествуют в Великобританию для искусственного прерывания беременности, что дает привилегированную позицию женщинам из более обеспеченных семей. По оценкам экспертов, каждый день 12 женщин должны поехать в Великобританию, чтобы получить доступ к безопасным и законным абортам.

Право женщин на законное и безопасное искусственное прерывание беременности ярко отражается в решениях Европейского суда по правам человека.

В 2010 году Европейский суд по правам человека вынес решение в отношении аборта в деле АБС против Ирландии. Три женщины, которые использовали псевдонимы А, Б и С, были вынуждены выехать за пределы Ирландии для проведения аборта в другой стране, подали в суд при поддержке Ирландской Ассоциации по планированию семьи, которая впоследствии описала этот случай нижеследующим образом.

Первая заявительница уже имела детей, которые находились под опекой государства в результате личных проблем матери, и рассмотрение вопроса об увеличении количества детей в семье ставило большой вопрос об уже имеющихся членов семьи в будущем.

Вторая не была готова становится родителем одиночкой. Третья заявительница находилась на восстановительном лечении после ракового заболевания, когда она забеременела. Не зная о своей беременности, она прошла через серию проверок, противопоказанных при беременности.

Судьи приняли решение, что Ирландия не смогла выполнить свои конституционные обязательства по обеспечению доступа к аборту, предусмотренному законодательством в случаях, когда беременность угрожает жизни женщины, и тем самым правительство страны нарушило статью 8 Европейской Конвенции по правам человека. Суд единогласно признал, что законы Ирландии, связанные с абортом, нарушают права человека, непосредственно касающиеся женщин и что Ирландия обязана сделать услугу по прерыванию беременности с целью спасения жизни доступной [8].

Есть и другие решения Европейского Суда по правам человека, которые позволили ряду жалоб, касающихся вопросов, связанных с абортом, найти свое положительное разрешение в суде.

Две польские женщины в ходе судебного процесса, подали в суд на Польское правительство в связи с отказом в предоставлении доступа к операции по прерыванию беременности, предполагаемые законом, и выиграли процесс.

Европейский суд по правам человека признал, что Польша нарушила права женщины, имеющей право на прерывание беременности по медицинским показаниям на неприкосновенность частной жизни, и государству было предписано компенсировать нанесенный ущерб финансово. Более того, данный судебный прецедент послужил началом к созданию механизма подачи судебных апелляций в правовой системе Польши для наделения женщин потенциалом защиты в аналогичных случаях.

Второй женщине, было отказано в антенатальной генетической диагностике и, как следствие, в прерывании беременности, предусмотренной законом, несмотря на значительные пороки развития плода. Как результат, родился ребенок с болезнью Тернера. В 2011 году суд, первый раз за всю историю, выпустил историческое решение: отказ в проведении антенатальной диагностики и аборта, предусмотренного законодательно, является нарушением прав человека, и представляет факт бесчеловечного и унизительного обращения. Суд также принял решение, что описываемый случай явился нарушением права женщины на неприкосновенность частной жизни. Женщина также получила финансовую компенсацию в размере 45 000 евро.

Наблюдательные органы ООН также высказывали свое мнение относительно препятствий, с которыми сталкиваются женщины при попытке получения доступа к законным услугам сферы здравоохранения, таким как аборты. Например, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам заявил, что «реализация права женщин на охрану здоровья требует устранения всех препятствий на пути доступа к медицинскому обслуживанию, образованию и информации, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья». Таким образом, наблюдательные органы ООН четко устанавливают, что женщины имеют право на услуги репродуктивного здравоохранения, в том числе аборты, и что ограничения, налагаемые на доступ к подобным услугам, включая аборты, которые предлагается ввести в России, приведут к невыполнению правительством своих обязательств по уважению, защите и соблюдению репродуктивных прав женщин.

Всемирная организация здравоохранения пришла к заключению, что законодательные ограничения не оказывают воздействия на общее число абортов. При этом безопасные, законные и доступные аборты «не приводят к значительному увеличению спроса» на аборты. Запрет на аборты, однако, повышает число подпольных абортов, которые подвергают здоровье женщин большей опасности, увеличивают материнскую смертность и могут проводиться на более поздних сроках беременности. Таким образом, «правомерность абортов оказывает влияние не на потребность женщины в аборте, а только на ее доступ к безопасному аборту».

Ограничение прав на свободу репродуктивного выбора не приведет к увеличению рождаемости населения, а приведет к нарушению прав человека.

Список литературы:

1. *Международное публичное право. Сборник документов. Т. 1. М.: БЕК; 1996. С. 460-464.*
2. *Павлова Ю.В., Мурзабаева С. Ш. Этические и правовые проблемы реализации репродуктивных прав человека при искусственном прерывании беременности. Репродуктивное здоровье детей и подростков. Научно-практический журнал. 2015. №1. С. 12-13.*
3. *Постановление Европейского Суда по правам человека от 16 декабря 2010 г. Дело A, B и C против Ирландии. http://internet.garant.ru / document/12188113/paragraph/1/doclist/0/selflink/0/context*
4. *Council of Europe. Committee of Ministers.Case No.18. 1115th meeting, 8 June 2011. Case against Poland. https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc*
5. *European Court of Human Rights. Boso v. Italy. Application №50490/99. Judgment of 5 September 2002.*
6. *European Court of Human Rights. Costa and Pavan v. Italy. Application №54270/10. Judgment of 28 August 2012. § 62.*
7. *https://meduza.io/feature/2016/09/29/zapret-abortov-opyt-polshi.*
8. *Павлова Ю.В. Система мер по охране репродуктивного здоровья и репродуктивных прав в российской федерации: достижения и перспективы // Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1 (1). Том 1. С. 98.*

Об авторах:

Тюбина Анна Сергеевна *– студентка лечебного факультета ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва*, e-mail: anna.tyubina@mail.ru

Павлова Юлия Владимировна *– доцент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент, кандидат юридических наук, Москва*, e-mail: 08101967@list.ru

Anna Sergeevna Tyubina – student Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Julia Vladimirovna Pavlova – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Тюбина А.С., Павлова Ю.В., 2017

Утюмова Д.А., Бобровская О.Н.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ХАЛАТНОСТЬ В СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ, НОВОЙ ЗЕЛАНДИИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В Российской Федерации и во многих других странах, в частности в Великобритании и Новой Зеландии, безопасность пациента в настоящее время считается приоритетным направлением. Халатность медицинского работника – это неисполнение или ненадлежащее выполнение своих прямых профессиональных обязанностей должностным лицом, соответствующих данной должности. Современные пациенты имеют в своём распоряжении механизм влияния на случаи медицинской халатности и возможности получения компенсации за нанесённый здоровью вред. Но пути, по которым пострадавший пациент может идти в данном направлении, различны в РФ, Великобритании и Новой Зеландии. В нашем государстве ответственность медицинских работников за халатность регулируется в рамках уголовного права, в то время как в двух других рассматриваемых странах она носит гражданско-правовой характер.

Ключевые слова: *медицинская халатность, компенсация за нанесённый здоровью вред, ответственность медицинского персонала.*

Daria A. Utyumova, Olga N. Bobrovskaya

THE LEGAL BASIS OF LIABILITY FOR NIGLIGENCE IN THE NATIONAL HEALTH SYSTEMS OF THE UK, NEW ZEALAND AND THE RUSSIAN FEDERATION

Patient safety is considered a priority direction in Russian Federation and many other countries, for example in UK and New Zealand, now. Medicine negligence is the failure or incorrect execution of direct duties by medical worker. Nowadays patients have the mechanism to effect to cases of medical negligence and to get the compensation of applied harm to health. But the ways, that the patients can use, are different in Russian Federation, UK and New Zealand. In our country the responsibility of medical workers for negligence is regulated by criminal low, while in two other discussed countries – by civil law.

Key words: *medical negligence, the compensation for applied harm to health, responsibility of medical workers.*

Халатность – это преступление против государственной власти, заключающееся в неисполнении или ненадлежащем исполнении должностным лицом своих обязанностей вследствие не-

добросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства. Законодательства Российской Федерации, Великобритании и Новой Зеландии предусматривают собственные отличающиеся меры правого регулирования халатности в сфере здравоохранения.

Barker, I. в своей статье «Is a «No Fault» Compensation Scheme the Answer to the Problems in Tort in Clinical Negligence» утверждает, что существующая состязательная система Великобритании, основанная на Законе о гражданском правонарушении, значительно критикуется и считается затянутой и достаточно дорогой. Практика показывает, что чаще всего обе стороны судебного разбирательства остаются недовольными приговором. Медицинские работники считают, что нынешняя судебная система приписывает вину, наносит ущерб их репутации, и пропагандирует культуру страха, что ведёт к дезорганизации медицинского персонала и отсутствию доверия между врачом и пациентом.

В упомянутой выше статье Barker, I., кроме того, говорит, что, учитывая все вышеперечисленные факты, правительство Соединённого Королевства ввело в действие Закон о компенсациях от 2006 года и Закон о возмещении ущерба в Национальной Системе Здравоохранения (НСЗ), где отмечено, что извинение или предложение о возмещении ущерба не несут в себе признания ответственности. Кроме того, правительство Великобритании рассматривает программу компенсации «отсутствие вины» как возможную альтернативу существующему Закону о гражданском правонарушении. Далее, используя вышеупомянутую работу Barker, I., мы рассмотрим описание всех перечисленных нормативных актов, а также их сопоставление между собой и с действующей состязательной системой Соединённого Королевства.

В настоящее время Закон о возмещении ущерба в Национальной Системе Здравоохранения 2006, применяемый только в Уэльсе, получил королевское одобрение и, как ожидается, будет решением проблем, имеющихся в существующей системе. Закон предусматривает внесудебное рассмотрение недорогих, до £20 000, исков по обвинению в халатности, то есть дел, где судебные издержки зачастую выше предлагаемой компенсации. Схема возмещения ущерба включает:

- предложение о компенсации для удовлетворения любого права возбуждать гражданское производство;
- предоставление объяснения;
- извинение; и
- предоставление отчёта о действии и рекомендации по предупредительным мерам.

Финансирование схемы в Уэльсе идёт от судебного департамента Национальной Системы Здравоохранения. Её цели – предоставить альтернативу дорогостоящему и длительному судебному разбирательству и снизить судебные издержки. Дела рассматриваются в соответствии с существующими обязательствами по гражданскому правонарушению. Правительство Уэльса ожидает, что этот закон даст сдвиг от судебного процесса и сопутствующего ему обвинения к предупредительным мерам. Так как Закон о возмещении ущерба основывается на гражданском правонарушении, истцам все ещё необходимо доказывать причинную обусловленность и нарушение порядка оказания медицинской помощи. По причине ограничения финансирования закон не применяется к тем, кто получил серьёзные повреждения, а значит, будет претендовать на наибольшую выгоду.

В Уэльсе данный пилотный проект считался в целом положительным. Он обеспечивал пациентов реально альтернативными сниженными расходами на получение государственной медицинской помощи и фиксированные предсказуемые расходы для заявителей, предоставлял доступ к медицинским отчётам и более быстрое принятие решений.

В Шотландии в настоящий момент правительство рассматривает переход к программе компенсации «отсутствие вины». По определению, она не требует, чтобы истец пострадал в результате халатности, распространяется на тех, кто страдает от непреднамеренных последствий лечения, и снимает ответственность с персонала. Кроме того, компенсация «отсутствие вины» устраняет сдерживание от совершения преступных действий, приводя-

щих к халатности, путём устрашения. Это означает, что в случае внедрения этой программы в систему права Великобритании, не будет действовать теория, согласно которой от совершения преступлений человека должны сдерживать как само наказание, так и система «отбытия» наказания, то есть «неприятные ощущения», повторения которых осужденный не хотел бы в будущем.

Система «отсутствие вины» приведёт к улучшению механизмов безопасности, повышению общественного доверия и более безопасной клинической практике медицинских работников. Отказ от гражданского правонарушения является радикальным, но позволит сместить акцент с организационной защиты на сотрудничество между пациентами и практикующими врачами.

Главный санитарный инспектор Великобритании считает финансово невозможным внедрение такой схемы в рамках Национальной Системы Здравоохранения. По его оценке, общая стоимость данной компенсации £1.6 млрд, при условии, что обратятся 19% заявителей, имеющих на это право, возрастает до £4 млрд, если обратятся 25% пострадавших, по сравнению со стоимостью £400 млн в рамках системы гражданского правонарушения. Многие утверждают, что сокращение юридических и административных расходов и более низкий уровень выплат компенсируют судебные издержки большего числа заявителей, тем самым обеспечив финансовую доступность такой схемы. Преимущество состоит в том, что иски могут быть рассмотрены быстро. Это позволит не только быстрее вынести решение, но и также даст возможность как можно раньше принять эффективные предупредительные меры. Такая система с акцентом на предупреждении может в долгосрочной перспективе приносить прибыль и предотвращать наплыв заявителей, который некоторые предсказывают.

Как показал опыт Новой Зеландии, о котором пойдет речь ниже, финансовую отчётность системы «отсутствие вины» можно контролировать. Компенсация предлагается не только в денежном выражении, но и в виде пакетов помощи. Такие пакеты финансируются посредством налогообложения через сектор социального обеспечения, что помогает сохранять средства в рамках Национальной Системы Здравоохранения.

Отсутствие требования доказательства причинной обусловленности упростит и ускорит процесс выплаты компенсации, который занимает в среднем 16 месяцев. Почти одна треть бюджета, потраченная в 2011/2012 годах на выплаты по искам по обвинению в халатности в рамках гражданского правонарушения, – юридические расходы. Эти деньги таким образом извлекаются из Национальной Системы Здравоохранения и клинической помощи. Вероятно, административные расходы системы «отсутствие вины» будут значительно ниже, так как тяжесть доказательства халатности отсутствует.

Практика применения Закона о гражданском правонарушении является долгосрочной и дорогостоящей и разрушает доверительные отношения между врачом и пациентом.

Закон о возмещении ущерба в Национальной Системе Здравоохранения 2006 имеет свои преимущества и недостатки. Преимуществами этого нормативного акта являются внесудебное рассмотрение недорогих исков (до £20000), обеспечение предупредительных мер, уменьшение судебных издержек. Минусы же данного Закона следующие: его применение финансируется НСЗ, обязательно наличие доказательств причинной обусловленности, наличие верхнего предела компенсации.

Программа компенсации «отсутствие вины» включает в себя повышение доверительных отношений между врачом и пациентом, отсутствие требования доказательства причинной обусловленности, быстрое рассмотрение исков, быстрые выплаты, уменьшение судебных издержек, проведение предупредительных мер, возможность компенсации в форме пакетов, которые финансируются посредством налогообложения через сектор социального обеспечения, что снижает финансовую нагрузку на НСЗ.

Более того, практика Закона о возмещении показывает, что большое количество заявителей увеличивает необходимые расходы на применение Закона на £7-48 млн, что является причиной невозможности применения этого нормативного акта в Великобритании.

В Новой Зеландии компенсация «отсутствие вины» начала действовать в 1974 году и применяется по сей день. Схема, действующая под управлением Общества по компенсации ущерба от

несчастных случаев, была реформирована в 2005 году и охватывает все телесные повреждения, полученные в результате лечения. Истец всё же должен быть в состоянии доказать, что лечение и повреждение связаны, но нет необходимости подтверждать халатность. Бремя доказательства, необходимого для демонстрации этой связи, всё ещё может быть сложной задачей для истца; проблема уменьшилась по сравнению с законом гражданского правонарушения, но отнюдь не устранена. Возмещение может происходить по одному из четырёх направлений:

- на лечение и реабилитацию;
- компенсация потерянных доходов;
- единовременная компенсация; и
- материальное обеспечение иждивенцев.

Эта схема не предусматривает компенсацию ущерба от болезни, инфекции или старения.

Термин «телесные повреждения в результате лечения», сформулированный в 2005 году, включает в себя:

- телесные повреждение, вызванные состоянием здоровья;
- повреждение в результате распределения ресурсов; и
- повреждение, полученное в результате того, что человек необоснованно отказывается давать согласие или задерживает его.

Стоит отметить, что в Новой Зеландии количество заявителей на душу населения вдвое больше, чем в Великобритании.

Финансовый результат компенсации «отсутствие вины» можно контролировать, что доказано более чем тридцатилетним опытом её применения в Новой Зеландии [1].

Индивидуальной статьи или правовой нормы в отношении халатности в сфере здравоохранения в РФ не предусмотрено, а причинение ими ущерба физическому благосостоянию пациентов или преждевременное наступление летального исхода, необходимо рассматривать, как пренебрежение исполнением должностных обязанностей. Под обязанностями любого должностного лица подразумеваются действия и алгоритмы поведения, которые предписываются ему различными нормами, указанными в законах, правилах, положениях, инструкциях или иных документах и регламентирующими его профессиональную деятельность.

Таким образом халатность медицинских работников ложится в плоскость статьи 293 Уголовного Кодекса РФ, а значит регулируется уголовным правом. Халатность в данном нормативном акте определяется как неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности, если это повлекло причинение крупного ущерба (сумма которого превышает один миллион пятьсот тысяч рублей) или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства и наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев.

Являясь должностным лицом, врач может совершить преступление в тех случаях, когда принятое им решение в состоянии отрицательно повлиять на здоровье больного или вызвать летальный исход. Исходя из этого, состав преступления характеризуется сочетанием следующих фактов:

1. Объективность, выражающаяся в наличии должностной обязанности, которая не была исполнена врачом по причине безответственности, недооценки серьёзности ситуации и это привело к разрушительным последствиям. Причинно-следственная связь должна быть очевидной и формализованной, так как наличие фактора неопределенности при лечении освобождает медперсонал от ответственности, потому что они не могли знать о наступлении негативных последствий и шли на оправданный медицинский риск.

2. Субъективность, определяемая наличием конкретного медицинского работника, действия которого привели к ухудшению физического благосостояния больного или его смерти.

3. Ущербность, заключающаяся в зафиксированном событии ухудшения самочувствия пациента или его смерти, которое имеет прямую взаимозависимость с лечебной процедурой в силу

известных побочных эффектов лекарственных препаратов или лечебных процедур [2].

Кроме того, Статья 98 Федерального закона от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3]предусматривает ответственность медицинских организаций, медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Согласно рассматриваемой статье

1) вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации;

2) возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации [4].

Список литературы:

1. *Barker, I. Is a 'No Fault' Compensation Scheme the Answer to the Problems in Tort in Clinical Negligence.//Medicine and law, №4, 2016, C. 595-603.*
2. *Уголовный Кодекс Российской Федерации «от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ (ред. от 29.07.2017 г.) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.08.2017) //Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, №25, ст. 2954.*
3. *Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//»Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, №48, ст. 6724.*
4. *Кузьмин С.Б. Юридическая и нравственная ответсвенность медицинских работников // Медицинское право: теория и практика. 2015. Том 1. №1.*

Об авторах:

Утюмова Дарья Алексеевна *– студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ГБОУ ВПО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва,* e-mail: *utyumova.darya@gmail.com*

Бобровская Ольга Николаевна *– кафедра медицинского права МПФ ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ, доцент, кандидат юридических наук, Москва,* e-mail: uracadem@yandex.ru

Daria Alekseevna Utyumova – the 4th-year student the faculty of basic medicine of Moscow State University named after M.V. Lomonosov, Moscow

Olga Nikolaevna Bobrovskaya – the Department of medical law of The First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov of The Department of Health of the Russian Federation, associate professor, PhD in law, Moscow

© Утюмова Д.А., Бобровская О.Н., 2017

Фисенко Д.А.

ПРАВОВЫЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И НАУЧНЫХ ЦЕЛЯХ

В настоящее время продолжаются споры относительно использования животных in vivo в научных и учебных целях. До сих пор в Российской Федерации этот вопрос не урегулирован на законодательном уровне. В 1986 году в Страсбурге была принята «Европейская Конвенция о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях»; несмотря на то, что наша страна не является Стороной Конвенции, данный правовой акт представляет большой интерес в отношении разработки российских биоэтических рекомендаций, а также является основой для организации деятельности различных Комиссий по биоэтике.

Ключевые слова: *обучение in vivo; навыки in vivo; биоэтика; лабораторные животные; правовые акты; защита животных.*

Daria A. Fisenko

LEGAL AND BIOETHICAL ASPECTS OF USING LABORATORY ANIMALS FOR EDUCATIONAL AND SCIENTIFIC PURPOSES

recently there have been a lot of argues within modern society about the use of live animals (in vivo) during scientific researches and teaching. In Russian Federation, this problem has not been solved yet at the legislative level. In 1986 «European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for Experimental and other Scientific Purposes» was adopted in Strasbourg; though our country is not the part of the Convention, this legal act is very interesting for the development of Russian bioethical recommendations and it is a basis for organization of various Bioethical Commissions.

Key words: *In Vivo Teaching; In Vivo Skills; Bioethics; Laboratory Animals; Legal Acts; Animal Protection.*

Проблема нормативно-правового регулирования использования лабораторных животных в экспериментах и обучении существует в современном научном обществе достаточно давно. К сожалению, в Российской Федерации решение этого вопроса находится на самых ранних этапах развития в отличие от ряда стран. Например, в Великобритании, каждый студент, работающий с живыми объектами (in vivo), обязан получить специальную лицензию для работы с лабораторными животными

– разрешение на работу с экспериментальными животными в педагогических целях, выдаваемое Министерством Внутренних Дел Великобритании (Home Office license) [11]. В этом случае работа in vivo находится под строгим контролем министерства и регулируется правилами, установленными на законодательном уровне. Каждый студент, прошедший обучение и получивший данное разрешение, юридически обязан целиком посвятить себя эксперименту и полностью отвечать за свои действия в отношении лабораторных животных.

На данный момент в нашей стране не существует закона, регламентирующего использование лабораторных животных; однако УК РФ содержит Статью 245 «Жестокое обращение с животными» (от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.07.2017)). Данная статья предусматривает либо штраф, либо обязательные исправительные работы/ограничение свободы при совершении лицом/группой лиц деяния, повлекшего гибель или увечье животного из корыстных или хулиганских целей; также сюда можно отнести использование животных в опытах, не имеющих отношения к науке, и причинение им неоправданных мучений и страданий при выполнении экспериментальной работы [3].

Как справедливо полагает J. Keeble в своей статье, приобретение навыков работы с живым материалом крайне необходимо [12]. Автор утверждает, что несмотря на появление огромного количества научных руководств, в основе которых лежат современные компьютерные технологии и 3D-моделирование, студентам необходимо держать в руках живой объект, изучать его непосредственно из своих рук. Многие европейские и отечественные вузы отдают предпочтение методам работы in vitro, то есть экспериментам на мёртвых объектах либо на частях тела вне живого организма. Например, авторы методических рекомендаций по освоению дисциплины «Технология получения лекарств» считают, что результаты биологических методов in vivo не всегда воспроизводимы, поэтому для сравнительных исследований предпочтительно применять модельные опыты in vitro, основанные на физико-химических и микробиологических исследованиях [10]. В то же время J. Keeble утверждает, что имен-

но навыки работы in vivo дают студентам уникальную возможность непосредственно познакомиться с физиологией живого организма. Также важно взаимодействие студентов между собой, способность к работе в группах. Некоторые студенты могут опасаться лабораторных животных, например, грызунов, исходя из каких-то общепринятых стереотипов (грызуны являются переносчиками опасных заболеваний, также они могут укусить и т.д.). Поэтому необходимо обеспечить животным должный уход и содержание, контролировать их здоровье; все это должно быть прописано в специальных документах, регламентирующих обращение с живыми объектами. В Великобритании данным документом, как уже отмечалось, является Home Office License [11]; получив это разрешение, студенты демонстрируют способность правильно ухаживать за животными и создавать максимально комфортные условия для их жизни.

В Российской Федерации так же существуют Правила лабораторной практики, принятые приказом Министерства здравоохранения РФ. Содержание этих правил полностью соответствует международному документу – стандарту Good Laboratory Practice (GLP)) [6]. В 2010 году Правила лабораторной практики были утверждены в качестве национального стандарта РФ в области лабораторной практики (ГОСТ Р 53434-2009) [7]. Новая редакция этого стандарта утверждена в 2015 году [8]. Главная цель системы GLP – обеспечить достоверность полученных результатов исследования и восстановить весь процесс эксперимента; контроль за соблюдением нормативов проводят специальные инспектирующие органы. Стандарт GLP основывается на строгом протоколировании всех проведённых исследований и ведении тщательной документации. Правила GLP включают в себя требования к исследователям и составлению методики проведения эксперимента; регламентируют использование животных и их правильное содержание. Стандарт GLP является гарантией качества проведения исследований, и, так как национальный документ РФ полностью идентичен тексту международного стандарта, требования к российским лабораториям должны быть соответствующими. Экспериментальная работа

в подобного рода лабораториях должна быть максимально эффективной и результативной, исходя из чего становится понятно, что необходимо создание специализированной программы обучения для подготовки высококлассных экспертов в области лабораторных исследований, в частности in vivo.

Известно, что в нашей стране студентам естественно-научных факультетов, как правило, не требуется введение каких-то дополнительных курсов по работе in vivo. Большинство медицинских и биологических факультетов постоянно проводят практические занятия с использованием живых объектов, так как эти практикумы входят в перечень обязательных навыков и являются частью учебной программы. Именно поэтому выпускники российских вузов имеют преимущество перед своими зарубежными коллегами – они умеют «работать руками». Как уже было сказано выше, обучение работе in vivo является одним из главных элементов естественно-научного образования и обеспечивает получение выпускниками этих факультетов практических навыков и умений, столь необходимых в таких областях деятельности как медицина, фармакология и др. Работа с лабораторными животными так же необходима и квалифицированным специалистам, обязанным регулярно совершенствовать свои профессиональные навыки, проходя обучение по дополнительным программам в различных образовательных учреждениях в соответствии со Статьей 73 Федерального закона №323 [2].

С одной стороны, отсутствие чётких регламентов и нормативов в этой сфере позволяет бесконтрольно осуществлять опыты и эксперименты над животными как в исследовательских, так и в педагогических целях. Однако ограничение на проведение подобных исследований может повлиять на качество научных и практических результатов, снизить репрезентативность исследовательских материалов и качество подготовки специалистов, имеющих навыки работы с живыми объектами. Известно, что этическое обеспечение любого исследования заключается в минимизации участия человека в качестве подопытного объекта; если же без участия человека обойтись нельзя, любое такое ис-

следование должно проводиться только после предшествующих успешных экспериментов на лабораторных животных [14].

Многие исследователи, занимающиеся изучением использования лабораторных животных in vivo, указывают на биоэтический аспект этой проблемы. В 1986 году в Страсбурге была принята «Европейская Конвенция о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях». Российская Федерация до настоящего времени не ратифицировала Конвенцию. Однако этот документ представляет огромный интерес для разработки российских биоэтических рекомендаций для научно-исследовательских и учебных организаций. Конвенция предусматривает сокращение использования животных в научных целях и замену их на альтернативные методики без использования живых объектов. Если же без работы in vivo обойтись нельзя, Конвенция требует обязательного обоснования и доказательства необходимости вскрытия животных и их умерщвления. Также в Статье 21 Конвенции сказано, что использование бездомных животных в качестве экспериментальных живых объектов запрещено [1].

Общепринятым мировым стандартом считается концепция «3R», предложенная Russel&Burch в 1959 году [13]. Суть этой концепции – создание альтернативных методов исследования и минимизация использования лабораторных животных. Концепция состоит из трех основных звеньев: Refinement (усовершенствование – проведение эксперимента с использованием гуманных методов, таких как обезболивание и наркоз), Reduction (сокращение использования лабораторных животных в эксперименте, если это использование не оправдано) и Replacement (замена животных с высокоорганизованной нервной системой низкоорганизованными животными либо использование альтернативных методов исследований). В странах Евросоюза при составлении заявки на лицензирование научного исследования ученые обязаны привести доказательства того, что в данном конкретном случае заменить лабораторных животных или применить какой-либо альтернативный метод исследования невозможно. В Статье 25 Страсбургской Конвенции указано, что «эксперимент не должен быть проведен, если другой научно удовлетворяющий метод получения искомого результата, не требующий использования животного, практически доступен» [1].

В настоящий момент в нашей стране происходит разработка рекомендаций по соблюдению принципов биоэтики. В образовательных и научных организациях созданы комиссии по биоэтике. Так, в 2008 году Приказом ректора МГУ была создана такая комиссия [9]. Несмотря на наличие существующих биоэтических принципов и правил они являются разрозненными и не обеспечивают единых подходов к формированию нормативно-правовой базы работы с лабораторными животными. Именно поэтому возникшую проблему отделения биоэтики от процесса обучения стоит рассматривать в первую очередь. В большинстве стран специалисты проходят дополнительное обучение навыкам in vivo, сдавая экзамен, подтверждающий их квалификацию. Для соответствия международным стандартам качества обучения на естественно-научных факультетах необходимо введение единых биоэтических рекомендаций и законов, согласно которым все вопросы использования лабораторных животных в научно-исследовательских целях будут регламентированы. В соответствии с этими биоэтическими рекомендациями необходимо и развитие нормативно-правовой базы.

В настоящее время единственным документом, хоть в какой-то мере регламентирующим использование животных in vivo, является Приказ Министерства высшего и среднего специального образования СССР, принятый еще в 1984 году (№742 от 13.11.1984) [5]. До сих пор действуют «Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных», обеспечивая соблюдение принципов гуманного обращения с животными. Например, пункт 10 Правил гласит, что «все процедуры на животном, которые могут вызвать у него боль или иного рода мучительное состояние, проводятся при достаточном обезболивании под местной анестезией или наркозом». Однако эти правила ни в коей мере не регулируют вскрытие животных и не призывают к использованию каких-либо альтернативных мето-

дов исследований, что, разумеется, является недостаточным в условиях развития современных методов исследований.

Также следует упомянуть Федеральный Закон «О защите животных от жестокого обращения», который включает в себя Статью 10 (Глава IV) – «Обращение с животными при использовании их в научных экспериментах, в биологическом тестировании, в учебном процессе». Эта статья могла бы регламентировать проведение опытов in vivo и решить огромное количество возникших биоэтических проблем. К сожалению, данный закон так и не вступил в силу, хотя большинство биоэтических принципов и рекомендаций было составлено, исходя из пунктов этого ФЗ [4]. Многие ученые выступили за принятие данного закона, отправив в 2008 году обращение к Президенту РФ. Поэтому возможно, что в скором будущем нас ждет принятие закона, который будет в полной мере регламентировать использование лабораторных животных как в исследовательских, так и в учебно-образовательных целях.

В 2011 году была основана Ассоциация специалистов по лабораторным животным (Rus-LASA), объединяющая профессионалов, работающих с животными в разных областях науки. Главной целью Ассоциации является распространение знаний о грамотной работе с живыми объектами в РФ и использовании гуманных методов, отвечающих современным мировым биоэтическим принципам. Rus-LASA в 2014 году присоединилась к Федерации европейских ассоциаций по науке о лабораторных животных (FELASA) и Международному совету по науке о лабораторных животных (ICLAS) [15]. Можно сделать вывод, что несмотря на отсутствие в нашей стране правил и законов, регламентирующих использование лабораторных животных, сделаны первые шаги в решении биоэтических проблем в соответствии с международными нормами.

Таким образом, обучение навыкам работы с животными in vivo должно являться неотъемлемой частью университетского образования в научно-естественных областях, таких как медицина, биоинженерия и биотехнологии, фармакология и др. К сожалению, в Российской Федерации не существует ни одного

закона или нормативно-правового акта, регламентирующего использование лабораторных животных в образовательных или научно-исследовательских целях. Необходимо придерживаться биоэтических принципов во всех исследовательских организациях. Для подготовки высококлассных специалистов вузы должны создавать специальные программы подготовки в соответствии с мировыми стандартами, в частности для обучения навыкам in vivo. Разработка законодательства в этой области является необходимым условием для приведения экспериментальной работы с животными к международным правовым актам и будет способствовать дальнейшим научным достижениям в области медицины, биотехнологий, фармакологии.

Список литературы:

1. *«European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for Experimental and other Scientific Purposes», CETS – 123, 18.03.1986, Strasbourg.*
2. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации / Федеральный закон от 21 ноября 2011 г №323-ФЗ. Электронный ресурс: http://base.garant.ru/12191967/1/*
3. *Уголовный кодекс Российской Федерации. ст. 245 «Жестокое обращение с животными» (от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.07.2017).*
4. *О защите животных от жестокого обращения / Проект Федерального Закона №97802163-2. Электронный ресурс: http://base.garant.ru/3104871/.*
5. *Об утверждении Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных / Приказ Министерства высшего и среднего специального образования СССР от 13 ноября 1984 г. №742. Электронный ресурс: http://www.msu.ru.*
6. *Об утверждении Правил надлежащей лабораторной практики / Приказ Минздрава России от 01.04.2016 №199н (Зарегистрировано в Минюсте России 15.08.2016 №43232). Электронный ресурс: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_203348/.*
7. *Принципы надлежащей лабораторной практики: ГОСТ Р 53434-2009. Электронный ресурс: http://docs.cntd.ru/document/1200075972.*
8. *Принципы надлежащей лабораторной практики: ГОСТ 33044-2014. Электронный ресурс: http://docs.cntd.ru/document/1200115791.*
9. *О создании комиссии по биоэтике / Приказ ректора МГУ от 05.03.2008*

№144. Электронный ресурс: https://www.msu.ru/bioetika/.

10. Методические рекомендации по освоению дисциплины «Технология получения лекарств». Образовательная программа «Технология получения лекарств». Направление подготовки 33.06.01. ФАРМАЦИЯ / Д.В. Компанцев, О.В. Мичник, З.Д. Хаджиева, Л.А. Мичник, Т.А. Шаталова, Е.А. Кульгав. Пятигорск: ПМФИ – филиал ГБОУ ВПО «Волг ГМУ», 2015. 60 с.
11. Animal Testing and Research: Guidance 26.03.2013 Home Office UK. Электронный ресурс: https://www.gov.uk/guidance/research-and-testing-using-animals.
12. J. Keeble. The role of in vivo teaching within higher education: teaching and inspiring the next generation of in vivo scientists // Journal «Medicine and Law». 2016. Vol. 35. №1. P. 97-107.
13. Russell, W.M.S., Burch, R.L. The Principles of Humane Experimental Technique. Universities Federation for Animal Welfare – Wheathampstead, England, Methuen, 1959 (reprinted in 1992). P. 238.
14. М.Э. Гурылева. Клинические исследования и обеспечение безопасности пациентов // Медицинское право: теория и практика. 2016. Т. 2. №1 (3). С. 64-68.
15. Официальный сайт Ассоциации специалистов по лабораторным животным (Rus-LASA). Электронный ресурс: http://ruslasa.ru/.

Об авторе:

Фисенко Дарья Андреевна – *студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова*, Москва, e-mail: fisenko.daria@mail.ru

Daria Andreevna Fisenko – *the 4th course student of the Faculty of Fundamental Medicine, Moscow State University, Moscow*

Научный руководитель: Журилов Николай Владимирович – доцент кафедры медицинского права Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, Москва, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser: Scientifc adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Фисенко Д.А., 2017

Хейрбейк Ю.А.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА СОВЕРШЕНИЕ НЕЗАКОННОГО ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Данная статья посвящена правоотношениям в сфере искусственного прерывания беременности. Целью научно-исследовательской работы является рассмотрение общих принципов правового регулирования искусственного прерывания беременности, проведение сравнительно-правового анализа административной и уголовной ответственности за правонарушение при проведении искусственного прерывания беременности и предложение изменений в актуальную редакцию статьи Уголовного Кодекса.

Ключевые слова: *аборт; искусственное прерывание беременности; уголовная ответственность за незаконное искусственное прерывание беременности.*

Yulian A. Kheyrbeyk

LIABILITY OF THE MEDICAL PERSONNEL FOR PERFORMING ILLEGAL ABORTION

This article is devoted to legal relations in the sphere of abortion. The aim of the research work is to examine the general principles of legal regulation of the abortion, conduct a comparative legal analysis of administrative and criminal liability for the offense during the abortion and offer conditions to the current redaction of the article of the Criminal Code.

Key words: *abortion; artificial termination of pregnancy; criminal liability for the illegal abortion.*

Основными правами человека являются право на жизнь, на охрану достоинства личности, на свободу и личную неприкосновенность, на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени – все они обеспечиваются основным законом Российской Федерации – Конституцией [1]. Права и свободы человека являются неотчуждаемыми и принадлежат каждому с рождения и гарантируются законодательством Российской Федерации.

Вместе с тем, Конституцией РФ закреплен не исчерпывающий перечень прав человека; в частности, некоторые права являются производными от конституционных прав и свобод. Например,

такими правами признаны в настоящее время группа репродуктивных прав человека. Впервые о таких производных правах, как репродуктивные права, было заявлено в 1994 году на Международной Конференции по Народонаселению и Развитию в Каире, платформой действия которой определено, что репродуктивные права являются неотъемлемой частью всеобщих прав человека.

Основным репродуктивным правом является свобода репродуктивного выбора. Свобода репродуктивного выбора определяет возможность как супружеских пар, так и отдельных лиц принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения, а также располагать для этого всей необходимой информацией и средствами по собственному волеизъявлению; кроме того, определяется право на достижение максимально высокого уровня полового и репродуктивного здоровья. Репродуктивное право обеспечивается и защищается системой конституционных прав и свобод. Право на свободу репродуктивного выбора является элементом прав на охрану достоинства личности, на свободу и личную неприкосновенность, на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени, обеспечивающихся ч. 1 ст. 21, ч. 1 ст. 22 и ч. 1 ст. 23 Конституции РФ. Право на свободное принятие решений в отношении рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака является неотъемлемой частью репродуктивного права [9].

В Российской Федерации, в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4], а также на основе репродуктивных прав, обеспеченных Конституцией РФ, каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия при сроке беременности до двенадцати недель. Форма информированного добровольного согласия утверждена Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» [7].

Новеллой законодательства является введение «периода ожидания», в соответствии с которым невозможно прервать беременность женщины в день обращения. Искусственное прерывание беременности проводится:

1. Не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая – седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая – двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2. Не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая – десятая недели беременности.

Искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний проводится независимо от срока беременности; при наличии социальных показаний – при сроке беременности до двадцати двух недель. Социальным показанием, установленным Постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» [5], является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного Кодекса Российской Федерации [2], а именно изнасилования. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности является исчерпывающим и отражен в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» [8].

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

Кроме ст. 56 Федерального закона №323-ФЗ, порядок проведения и критерии законности искусственного прерывания беременности регулируется рядом подзаконных актов.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [6] п. IX. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности устанавливает, что:

1. Искусственное прерывание беременности проводится врачом-акушером-гинекологом в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;

2. Проведение искусственного прерывания беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе добровольного информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

3. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по ее желанию врач акушер-гинеколог (в случае его отсутствия – врач общей практики) направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи (Центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (специалистом по социальной работе), при отсутствии кабинета медико-социальной помощи консультирование проводит врач акушер-гинеколог на основе информированного добровольного согласия женщины.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. №216н »Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» устанавливает, что искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основании информированного добровольного согласия женщины.

Таким образом, в соответствии с процедурой искусственного прерывания беременности, определенной законодательством РФ, к критериям законности искусственного прерывания беременности можно отнести соблюдение следующих условий:

Со стороны пациентки:

- Информированное добровольное согласие;
- Направление из женской консультации.

Со стороны врача:

- Высшее медицинское образование соответствующего профиля;
- Медицинская организация, имеющая лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;
- Социальные показания;
- Медицинские показания;
- Срок беременности (учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию).

Ввиду перечня возможных осложнений, описанного в форме информированного добровольного согласия, искусственное прерывание беременности следует рассматривать как процедуру, в ходе и после которой (то есть в течение дальнейшего ведения) жизнь и здоровье пациентки ставится в опасность. По этой причине, во избежание нанесения тяжкого вреда здоровью, обязательным является соблюдение всех критериев законности и клинических протоколов.

Последний пункт ст. 56 Федерального закона №323-ФЗ устанавливает, что незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой административную или уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Административная ответственность за «Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности» установлена ст. 6.32 КоАП РФ [3].

Уголовная ответственность за «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности» установлена ст. 123 УК РФ [2].

Административным правонарушением является нарушение положений закона о получении информированного добровольного согласия и нарушение сроков (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности), установленных законодательством в сфере охраны здоровья для проведения искусственного прерывания беременности. Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья о получении информированного добровольного согласия –

влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до трех тысяч рублей; на должностных лиц – от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц – от сорока тысяч до ста тысяч рублей. Нарушение сроков (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности), установленных законодательством в сфере охраны здоровья для проведения искусственного прерывания беременности, – влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей; на должностных лиц – от десяти тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц – от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей. Под гражданами в статье 6.32 КоАП понимаются медицинские работники, не являющиеся должностными лицами.

Соответственно, нарушение следующих критериев законности влечет за собой наступление административной ответственности:

- Информированное добровольное согласие, ч. 1 ст. 6.32 КоАП РФ;
- Срок беременности (учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию), ч. 2 ст. 6.32 КоАП РФ.

Уголовным преступлением, указанным в статье 123 УК РФ «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности», является проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, или то же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью. Совершение преступления указанного в пункте 1 статьи 123 УК РФ наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет. Совершение преступления указанного в пункте 3 статьи 123 УК РФ наказывается принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Соответственно, нарушение следующих критериев законности влечет за собой наступление уголовной ответственности:

- Высшее медицинское образование соответствующего профиля, ч. 1 ст. 123 УК РФ;
- Высшее медицинское образование, если по неосторожности был причинен тяжкий вред здоровью потерпевшей или наступила ее смерть, ч. 3 ст. 123 УК РФ.

Таким образом, в текущей статье 123 УК РФ единственным нарушением считается отсутствие высшего медицинского образования соответствующего профиля у врача, то есть действующего сертификата по специальности «акушер-гинеколог».

Исходя из того положения, что искусственное прерывание беременности – процедура, при проведении которой жизнь и здоровье пациентки ставится в опасность, отсутствие проведения процедуры вне медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» как условия нарушения закона можно считать пробелом в текущем законодательстве. Даже проведение искусственного прерывания беремен-

ности квалифицированным специалистом в лицензированной медицинской организации представляет опасность для здоровья женщины. Проведение аналогичной процедуры кем-либо, кто не является квалифицированным специалистом, и/или вне лицензированной медицинской организации представляет еще большую опасность в виде осложнений или неблагоприятных последствий для репродуктивной функции и здоровья женщины. Только проведение искусственного прерывания беременности в лицензированной медицинской организации обеспечивает не только требуемую квалификацию врача, но и присутствие бригады реаниматологов, хирургов и других специалистов, вмешательство которых может потребоваться и, в критичной ситуации, сыграть решающую роль в сохранении здоровья пациентки; кроме того, минимизируется вероятность проведения операции в антисанитарных условиях. Другими словами, только лицензированная медицинская организация может предоставить все необходимые условия для обеспечения безопасности пациентки.

По итогам проведенной исследовательской работы по вопросу ответственности медицинских работников за совершение незаконного искусственного прерывания беременности, представляется необходимым внесение следующего изменения в ст. 123 УК РФ и изложение ее в следующей редакции:

Проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля либо вне медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

В отличие от других исследований на аналогичную тему, был сделан вывод об отсутствии необходимости во внесении в ч. 1 ст. 123 таких параметров, как «отсутствие условий для оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи» и «проведение операции в ненадлежащих (в т. ч. антисанитарных) условиях», поскольку проведение операции в медицинской организации, имеющей соответствующую лицензию, уже подразумевает исполнение этих требований.

Законодательством Российской Федерации установлено и защищено право женщины на ответственный репродуктивный выбор, а в данном случае – на проведение операции искусственного прерывания беременности. Однако, при детальном рассмотрении вопроса ответственности медицинских работников за совершение незаконного искусственного прерывания беременности, становится очевидным серьезный пробел в статье УК РФ. Соблюдение регламента процедуры искусственного прерывания беременности не гарантирует, но хотя бы позволяет минимизировать риски осложнений, угрожающих репродуктивной функции женщины и ее здоровью в целом; в случае непредвиденных обстоятельств только проведение процедуры в специализированном медицинском учреждении может предотвратить неблагоприятные последствия для репродуктивной функции и здоровья женщины.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Российская газета от 25 декабря 1993 г. №237.*
2. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. №25 ст. 2954.*
3. *Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. №195-ФЗ // Российская газета от 31 декабря 2001 г. №256.*
4. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета от 23 ноября 2011 г. №263.*
5. *Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 »О социальном показании для искусственного прерывания беременности» // Российская газета от 15 февраля 2012 г. №32.*
6. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // Российская газета от 25 апреля 2013 г. №90/1 (специальный выпуск).*
7. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия*

на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» // Российская газета от 18 мая 2016 г. №105.

8. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 3 марта 2008 г. №9.*
9. *Павлова А.А. Становление института международного права в системе международного права // Медицинское право: теория и практика. 2016. № 2 (4). Том 2. С. 335.*

Об авторе:

Хейрбейк Юлиан Аксамович – студент Факультета фундаментальной медицины Московского Государственного Университета им. М. В. Ломоносова, Москва, e-mail: jkheir@yandex.ru

Yulian Aksamovich Kheyrbeyk – student, Faculty of Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Научный руководитель: Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Scientific adviser: Pavlova Yulia Vladimirovna – Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, assistant professor, PhD in Law, Moscow

© Хейрбейк Ю.А., 2017

Шабазов У.А.

ПРОБЛЕМА КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК КАК УГОЛОВНО-НАКАЗУЕМЫХ ДЕЯНИЙ

Статья посвящена проблемам уголовной квалификации медицинских ошибок, с целью систематизировать практику и предложить разумное решение данного вопроса.

Ключевые слова: *медицинская ошибка, уголовное право, судебная практика.*

Umar A. Shabazov

THE PROBLEM OF DEFINITION OF MEDICAL ERRORS AS CRIMINALLY PUNISHABLE ACTS

The article is devoted to the problem of the criminal qualification of medical errors, with the aim of systematizing the practice and proposing a reasonable solution to this issue.

Key words: *medical error, criminal law, judicial practice.*

Согласно Конституции Российской Федерации, человек, его права и свободы являются высшей ценностью, в свою очередь государство обязано соблюдать и защищать их. Среди всего перечня прав и свобод нас в данном исследовании наиболее интересуют право на жизнь и право на охрану здоровья и медицинскую помощь, закрепленные, соответственно, в 20 и 41 статьях Конституции.

Современная медицина и система здравоохранения стремительными темпами развиваются, открывая все большее количество различных манипуляций и техник от лечения стволовыми клетками до возможной трансплантации головы. Однако расширение возможностей медицины также влияет на повышение риска для жизни и здоровья пациентов. Для решения этой проблемы были созданы правила и стандарты оказания медицинской помощи, устанавливаемые Министерством Здравоохранения, которые должны соблюдаться медицинскими работниками при осуществлении своей деятельности. Несмотря на то, что оказание несоответствующих данным правилам медицинских услуг, в

частности, когда это становится причиной общественно опасных последствий, вызывает негативную реакцию со стороны общества, например, две трети россиян (65%) оценивают качество медицинских услуг, предоставляемых в государственных больницах и поликлиниках, в целом как низкое [7]; не каждый случай получает квалифицированную правовую оценку. Стоит отметить, что в Российской Федерации отсутствует статистический учет преступлений, совершаемых в медицинской сфере.

Все действия врачей, оказавших некачественные медицинские услуги, которые вызвали неблагоприятные последствия для пациента принято делить на три группы: несчастные случаи, медицинские ошибки и профессиональные преступления. Наиболее неразработанной категорией, на мой взгляд, является именно медицинская ошибка.

Что следует понимать под медицинской (врачебной) ошибкой?

На данный момент в литературе нет единого подхода к определению врачебной ошибки, можно даже сказать, что в него закладывается неоднозначный смысл. А.А. Мохов и И.Н. Мохова считают, что «врачебная ошибка – это невиновное причинение вреда здоровью или жизни лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий лицом (лицами), призванными оказывать такого рода помощь в соответствии с законом, договором, специальным правилом или сложившейся практикой» [4, с. 57]. Принципиально иное определение дает А.В. Кудаков, говоря, что «врачебная ошибка – это избрание медицинским работником опасных для жизни или здоровья пациента методов и средств диагностики и лечения, вызванное незнанием или самонадеянным игнорированием специальных юридически значимых требований, предъявляемых к профессиональному поведению в сложившейся ситуации» [3, с.7].

Несомненно, отсутствие законодательного определения понятия медицинской (врачебной) ошибки создает трудности на практике при квалификации преступлений.

Сложности возникают при анализе субъективной стороны содеянного и при установлении вины медицинского работника,

совершившего медицинскую ошибку. По моему мнению, любое деяние, совершаемое медицинским работником должно характеризоваться выраженным интеллектуальным элементом в виде осознания общественной опасности содеянного, следовательно, тут возможны как все виды умысла, так и неосторожность в виде легкомыслия. Исключение из этого круга преступной небрежности связано с тем, что виновный не предвидит возможность наступления общественно опасных последствий, хотя должен был и мог их предвидеть, однако врач, получивший соответствующее образование и прошедший аккредитацию, будучи профессионалом в своем деле не может не ожидать наступления общественно опасных последствий, вероятнее он самонадеянно рассчитывает на их предотвращение.

Рассматривая объективную сторону стоит упомянуть о важности причинно-следственной связи между оказанием медицинской услуги или же бездействием и общественно-опасным последствием. В науке существует мнение [1, с.442], что в случае с бездействием или медицинской ошибкой причинность имеет место быть только, когда субъект преступления мог предотвратить общественно опасные последствия. Однако в судебной практике не всегда удается точно определить вероятность достижение полезного результата. Так, врач-терапевт Б. была осуждена по ч.2 ст. 109 УК РФ, так как не проводила пациентке лечения от язвенной болезни. Суд признал Б виновной, так как «при своевременном лечении язвенной болезни желудка, не исключено, что неблагоприятный исход заболевания у Т. можно было предотвратить. Однако, учитывая сопутствующие заболевания и возраст больной, категорично утверждать это не представляется возможным» [5, с.159].

Освятив некоторые общие проблемы, связанные с уголовно-правовой оценкой медицинских ошибок можно прийти к выводу, что Уголовный кодекс Российской Федерации (далее по тексту – УК РФ), а именно пробельность и несовершенство порождают проблемы квалификации в том числе и тех деяний, которые мы называем врачебной ошибкой. Отсутствие специального состава преступления вынуждает оценивать соответствующие деяния медицинских работников в зависимости от наступивших послед-

ствий – причинение смерти или тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ч.2 ст. 109, ч.2 ст. 118.

Наибольшие трудности связаны с квалификацией по статье 124 (Неоказание помощи больному) УК РФ, так как здесь следует отличать неоказание помощи больному вообще и отказ от оказания помощи в связи с неправильным диагнозом. Медицинская ошибка имеет место, если врачом была проведена неверная диагностика, которая стала поводом отказа от оказания медицинских услуг больному.

Отказывая в помощи врач в любом случае рискует стать объектом уголовного преследования по ст. 124 УК, даже в случае, если он провел диагностику пациента и пришел к выводу, что его жизни ничего не угрожает. Создается впечатление, что при малейших сомнениях медицинский работник обязан провести полное обследование, однако низкое финансирование здравоохранения не позволяет оказывать должный уход за каждым из пациентов. К примеру суд установил, что невролог П, к которому в приемное отделение скорой помощью была доставлена К с жалобами на головную боль, озноб, общую слабость, неправильно диагностировал у нее медикаментозный сон, не выявил имевшие место признаки повышения внутричерепного давления, не назначил медикаментозные средства, отказал в госпитализации и полном обследовании, отправив К домой, где она и скончалась [6].

Медицинские работники могут быть привлечены к ответственности, в частности, по ст. 235 (Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности) УК РФ за осуществление медицинской или фармацевтической деятельности без лицензии при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека. На мой взгляд, данное деяние не стоит считать медицинской ошибкой, так как лицо оказывает медицинские услуги, осознавая, что у него нет формального права заниматься подобной деятельностью, однако субъектами таких преступлений зачастую являются лица, получившие профессиональное медицинское образование или работающие в медицинских учреждениях.

Стоит отметить, что медицинских работников могут привлекать к уголовной ответственности по статье 238 УК (Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности).

Таким образом, по данной статье квалифицируются действия медицинских работников, заключивших договор на оказание медицинских услуг, в котором установлены характер работ и условия их выполнения. Ответственность же наступает в случае, если будет доказан не только сам факт выполнения работ или оказания услуг, но и опасности этих действий для жизни и здоровья, а также, что важно, осознание лицом характера своих действий и их несоответствия требованиям безопасности.

Интересен приговор по делу акушера-гинеколога М, которая оказывала медицинские услуги по «ведению родов»: суд установил, что М не выполнила исследования, направленные на определение внутриутробного состояния плода, неверно оценила акушерскую ситуацию и несвоевременно выполнила операцию кесарева сечения, в результате у беременной родился живой, доношенный ребенок, состояние которого было тяжелым, обусловленным пневмонией смешанного генеза; наступила инвалидизация ребенка [2].

Разумеется, действия М можно считать медицинской ошибкой, однако ее действия не были бы уголовно наказуемы, если бы она совершила их, работая в государственной больнице. Мне кажется абсолютно неправильным разграничение субъектов преступления по наличию заключенного договора об оказании медицинской помощи.

Как решить проблемы связанные с квалификацией медицинской ошибки?

На наш взгляд, решить проблемы квалификации медицинской ошибки можно, добавив новую норму в главу 16 (Преступления против жизни и здоровья) УК РФ:

Статья Х Медицинская ошибка

1. Медицинская ошибка, то есть нарушение медицинским работником специальных правил на любой стадии оказания ме-

дицинской помощи, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека.

2. То же деяние, повлекшее причинение смерти по неосторожности.

Список литературы:

1. *Ившин И.В., Чертов А.М. Уголовно-правовые аспекты неоказания помощи больному // Научные труды II Всероссийского съезда по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М: НАМП, 2005. С. 509.*
2. *Кассационное определение судебной коллегии по уголовным делам Ленинградского областного суда от 24 февраля 2011 г. по делу 22-306/2011// URL: https://rospravosudie.com (Дата обращения 12.09.2017)*
3. *Кудаков А.В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: Автреф. дис. ...канд. юрид. наук. Саратов, 2011. С. 22.*
4. *Мохов А.А., Мохова И. Н. Врачебная ошибка (социально-правовой аспект). Волгоград: Волгоград. гос. ун-т, 2004. С. 57.*
5. *Нагорная И.И. Уголовно-правовая охрана жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг / Монография. М., 2014. С. 215.*
6. *Приговор Промышленного районного суда г. Смоленска от 24 декабря 2010г. по делу №1-296/10// URL: https://rospravosudie.com (Дата обращения 12.09.2017)*
7. *Пресс выпуск ВЦИОМ №2919// URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370 (Дата обращения 12.09.2017)*

Об авторе:

Шабазов Умар Ахмадович *– МГЮА им. О.Е. Кутафина, студент 3 курса факультета права, Москва*

Umar Ahmadovich Shabazov *– MSAL, 3rd year student of the Faculty of Law, Moscow*

© Шабазов У.А., 2017

Шадская М.А., Павлова Ю.В.

ПРОБЛЕМА НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПО ПРОФИЛЮ ОНКОЛОГИЯ

Статья посвящена анализу законодательства и правоприменительной практики в сфере оказания медицинской помощи онкологическим больным. Проанализировано законодательство Российской Федерации в отношении онкологических больных как отдельной группы населения. Произведена оценка правоприменительной практике о подачи исков в отношении медицинских работников при оказании медицинской помощи онкологического профиля.

Ключевые слова: *онкология, онкологический больной, дефекты медицинской помощи, заболеваемость, смертность, юридическая ответственность.*

Margarita A. Shadskaya, Julia V. Pavlova

THE PROBLEM OF IMPROPER MEDICAL CARE FOR PATIENTS ON THE PROFILE OF ONCOLOGY

The article is devoted to the analysis of legislation and law enforcement practice in the sphere of rendering assistance to cancer patients. Having analyzed the legislation of the Russian Federation with regard to cancer patients as a separate group of the population, and having carried out an assessment of the law enforcement practice of filing lawsuits against medical workers, conclusions were drawn.

Key words: *oncology, cancer patient, medical care defects, morbidity, mortality, legal liability.*

Онкологические заболевания являются значимой медико-социальной проблемой. Показатели заболеваемости и смертности от данной патологии ежегодно возрастают во всем мире. Согласно статистике онкологических заболеваний в мире, каждый год регистрируется примерно 10 000 000 первичных случаев заболевания, при этом на учете в онкологических учреждениях уже состоит более 35 миллионов пациентов.

В России ежегодно регистрируется более 500 000 новых случаев злокачественных новообразований, каждый день онкология поражает примерно 1500 пациентов. На 2014 год было зарегистрировано 535 000 новых случаев данной патологии, 54% из которых составляли женщины и 46% – мужчины. За последние годы

статистика злокачественных новообразований в России ухудшилась, так как показатели заболеваемости и смертности возросли, в среднем прирост составил 15%.

В онкологии не существует понятия «полное излечение», статистика выживаемости основывается на прожитых «пятилетках» пациента после проведенного лечения или без него. Учет производится каждые 5, 10, 15 лет и более. Так, пятилетняя выживаемость при постановке диагноза на 1 стадии составляет 92%, а на 4 стадии – 13%. Что наглядно отражает важность ранней постановки диагноза и своевременного начала лечения.

Ежегодно от данной патологии погибает 300000 пациентов. По данным статистики, онкология является одной из основных причин смертности в мире: процент смертности от рака составляет 20%, поэтому патология занимает 2 место. Ученые считают, что в скором времени злокачественные новообразования займут лидирующие позиции и опередят сердечно-сосудистую патологию.

Злокачественные новообразования являются актуальным разделом современной медицины, а больные онкологического профиля составляют отдельную группу населения, которая отличается беспомощностью и нуждается в более внимательном отношении и защищенности со стороны государства.

В целом, права онкобольных определены следующими Федеральными законами:

- ФЗ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1];
- ФЗ от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [2];
- ФЗ от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» [3].

Необходимо отметить, что порядок и условия оказания помощи больным онкологического профиля регламентируется рядом подзаконных актов:

- Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» [4]. Согласно Приложению №1 настоящего постановления, все лекарственные средства, перевязочные средства инкурабельным онкологическим больным отпускаются по рецепту врача бесплатно.
- Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» [5].
- Приказ Министерства здравоохранения России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» [6]. В соответствии с данным приказом, определены особенности оказания медицинской помощи онкологическим больным, которые заключаются в следующем:

Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года – один раз в три месяца, в течение второго года – один раз в шесть месяцев, в дальнейшем – один раз в год.

Консультация в первичном онкокабинете (онкоотделении) проводится не позднее **5 рабочих дней** с даты выдачи направления на консультацию. В течение суток с момента установления предварительного диагноза злокачественного новообразования врач-онколог обязан организовать взятие биопсийного материала и его отправку на исследование в патолого-анатомическое бюро, а также направление пациента на все остальные исследования, необходимых для установления диагноза, распространенности онкологического процесса и стадирования заболевания.

Срок выполнения патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, не должен превышать **15 рабочих дней** с даты

поступления биопсийного (операционного) материала в патолого-анатомическое бюро (отделение).

Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, **не должен превышать 10 календарных дней** с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или **15 календарных дней** с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показания для проведения патолого-анатомических исследований в амбулаторных условиях).

Проанализировав законодательство Российской Федерации, можно сделать следующие выводы: действующие нормативно-правовые акты детально регулируют порядок и сроки оказания специализированной медицинской помощи онкобольным и порядок ведения таких пациентов на догоспитальном, стационарном и амбулаторном этапах, а так же наблюдение за пациентом после его выписки, лекарственной обеспеченности и социальной защищенности данных больных. Однако, не смотря на наличие данных нормативно-правовых актов, они не всегда соблюдается медицинским персоналом.

В целом из-за возрастания количества онкологических больных, участились случаи подачи исков в отношении медицинских работников и, проанализировав судебную практику, можно сделать вывод о том, что наблюдается рост юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, возникновение дефектов медицинской помощи.

Возникает проблема реализации, прописанных законом стандартов оказания медицинской помощи, что ведет к наступлению юридической ответственности в отношении медицинской организации и медицинского персонала. Зачастую от обращения пациента к врачу первичного звена до постановки правильного диагноза может пройти несколько месяцев, а в некоторых случаях и лет, что связано как со сложностями постановки данного диагноза, так как он может скрываться за масками других заболеваний, так и с низкой настороженностью врача в отношении онкологии. Немаловажным дефектом в оказании медицинской помощи является несвоевременность диагностики заболевания, что в 30-40% случаев происходит по вине медицинского персонала. Так же зачастую после выписки из стационара, больной не получает должного диспансерного наблюдения за динамикой заболевания и остается «один на один» со своей проблемой. В частности неправильное ведение онкологического больного можно рассмотреть в следующем примере.

Дело 2-85/2016 (2-2073/2015)

Гражданка А. обратилась с иском к БУЗ ВО «Борисоглебская районная больница» и БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» в котором попросила взыскать компенсацию морального вреда в размере ХХХ рублей. Истец полагает, что причиной смерти ее матери является ненадлежащее исполнение ответчиками обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи. Пациентке с диагнозом «рак прямой кишки и рак желудка» было произведено оперативное вмешательство. В дневниках истории болезни указано, что состояние пациентки после выполненной операции удовлетворительное и пациентка была выписана домой. Однако, истец указывает на то, что данное обстоятельство не соответствует действительности, и что по прибытию домой у пациентки разошлись швы в месте операции. Истица долго не могла добиться повторной госпитализации ее матери в больницу, в связи с возникшими послеоперационными осложнениями, однако, после достигнутой госпитализации в БУЗ ВО «Борисоглебская районная больница», пациентка вскоре была выписана на амбулаторное лечение и должного наблюдения за послеоперационным пациентом по-прежнему не наблюдалось. Департаментом здравоохранения Воронежской области были выявлены следующие дефекты:

При оказании помощи БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»:

- в дневниках лечащего врача нет отметки, когда были удалены дренажи из брюшной полости;

- перед выпиской из стационара, при явлениях лейкоцитоза, не проведен общий анализ крови.

При оказании помощи БУЗ ВО «Борисоглебская районная больница»:

На амбулаторном этапе:

- недостаточная информативность дневников при осмотре терапевтом, хирургом, онкологом (минимизация жалоб, отсутствие указаний на проведенное ранее лечение, отсутствие сопутствующей патологии и др.);
- наличие ряда фрагментов текста с плохо читаемым шрифтом, врачебные подписи неразборчивы;
- не осуществлялось динамическое наблюдение за пациенткой после выписки из стационара ДД.ММ.ГГГГ.

На стационарном этапе:

- при гемоглобине 96 г/л не назначена антианемическая терапия;
- нет интерпретации имеющегося в медицинской карте стационарного больного анализа мочи от ДД.ММ.ГГГГ (эритроциты – более 100 в п/зр; белок – 0,28 г/л) с наличием патологии. Не проведен анализ в динамике.

Дефекты оформления медицинской документации:

- на титульном листе отсутствует диагноз при поступлении;
- отсутствует обоснование клинического диагноза.

В ходе судебного разбирательства Агафонова – другая дочь, которая была привлечена судом к участию в деле в качестве третьего лица заявила самостоятельные исковые требования – возмещение морального ущерба в размере YYY рублей.

Решение суда: Удовлетворить исковые требования гражданки Афанасьевой и Агафоновой. Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Борисоглебская районная больница» в пользу Афанасьевой XX рублей, в пользу Агафоновой – YY рублей, в качестве денежной компенсации морального вреда, причиненного им в результате ненадлежащего исполнения обязанности по оказанию и организации медицинской помощи.

В некоторых случаях дефекты в оказании медицинской помощи проводят к наступлению уголовной ответственности. В качестве примера можно рассмотреть следующее дело, в котором отражена проблема несвоевременной диагностики заболевания.

Апелляционное определение по делу №33-5851/16

XXX обратилась в суд с иском к Бюджетному.. о компенсации морального вреда, причиненного в результате некачественного оказания работниками организации – ответчиком медицинской услуги ее отцу, повлекшего за собой смерть последнего, и просила суд взыскать с ответчика в ее пользу денежную компенсацию морального вреда в размере сумма. ФИО, с основным диагнозом: «Рак дистальной трети поперечно-ободочной кишки с распадом и рецидивирующим кровотечением (T4N+M0)» поступил в отделение химиотерапии Орловского областного онкологического диспансера с целью проведения очередного планового курса химиотерапевтического лечения по поводу имевшегося у него рака поперечно-ободочной кишки.

В связи с неадекватной диагностикой и непроведенным своевременно оперативным вмешательством по поводу острого перитонита неуточнённой этиологии, наступила смерть пациента от полиорганной недостаточности. При правильном и своевременном оказании медицинской помощи смерти пациента можно было избежать. Таким образом, между установленными дефектами оказания медицинской помощи и смертью от полиорганной недостаточности, развившейся вследствие распространенного диффузного гнойного перитонита неуточненной этиологии в терминальной фазе развития, имеется прямая причинно-следственная связь. В качестве обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и гражданским ответчиком по уголовному делу был привлечен заведующий пятым онкологическим отделением (химиотерапии).

Решение суда: С учетом исследуемых обстоятельств удовлетворить иск о компенсации морального вреда в полном объеме [9].

Таким образом, несмотря на существующие нормативно-правовые акты, касающиеся медицинских организаций и медицинских работников в сфере здравоохранения, продолжают совершаться правонарушения в отношении онкологических больных, что приносит материальный и моральный вред, душевные стра-

дания и переживания пациентам и их близким. Анализ правоприменительной практики позволяет сделать вывод о нарастании подачи исков, что обусловлено дефектами медицинской помощи. Как правило, судебные иски удовлетворяются в полном объеме, что является существенным риском для медицинской организации и медицинских работников, в частности.

Список литературы:

1. *ФЗ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета от 23 ноября 2011 г. №263.*
2. *ФЗ от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Российская газета от 2 декабря 1995 г. №234.*
3. *ФЗ от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» // Российская газета от 23 июля 1999 г. №142.*
4. *Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» // Российская газета от 10 августа 1994 г.*
5. *Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 26 декабря 2016 г.*
6. *Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» // Российская газета от 7 июня 2013 г. №122/1 (специальный выпуск).*
7. *Статистика рака: заболеваемость, смертность, выживаемость // URL: https://www.no-onco.ru/onkologiya/statistika-raka-zabolevaemost-smertnost-vyzhivaemost.html*
8. *Заболеваемость и смертность от рака в мире. // URL: http://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/zabolevaemost-i-smertnost-ot-raka-v-mire.html*
9. *Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С. И., Каменская Н.А. Медицинское право в России: этапы становления и перспективы развития // Медицинское право: теория и практика. 2016. № 1 (3). Т. 2. С. 13-15.*

Об авторах:

Шадская Маргарита Александровна – студентка 6 курса лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, e-mail: margaritashadskay@gmail.com

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГАОУ ВО Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Margarita Aleksandrovna Shadskaya – the 4th-year student the faculty of basic medicine of Moscow State University named after M.V. Lomonosov, Moscow

Julia Vladimirovna Pavlova – PhD in Law, associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Шадская М.А., Павлова Ю.В., 2017

© Национальный институт медицинского права, 2017