ISSN 2658-6312

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 5

№1 (9)

Москва
2019

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

Медицинское право: теория и практика [Электронный ресурс]. М.: Национальный институт медицинского права, 2019. Том 5. №1 (9). 158 с. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Редакционная коллегия:

Председатель

Сергеев Юрий Дмитриевич
заведующий кафедрой медицинского права Сеченовского университета, член-корр. РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор

Члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович
заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения Ивановской государственной медицинской академии, Заслуженный работник здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор

Каменская Наталья Андреевна
доцент кафедры медицинского права Сеченовского Университета, кандидат юридических наук

Куранов Владимир Георгиевич
заведующий кафедрой правоведения Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера

Павлова Юлия Владимировна
доцент кафедры медицинского права Сеченовского Университета, кандидат юридических наук, доцент

Поспелова Светлана Игоревна
доцент кафедры медицинского права Сеченовского Университета, кандидат юридических наук, доцент

Рамишвили Автандил Демурович
кандидат медицинских наук, доцент

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

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования

Издается с 2015 года

Полнотекстовый доступ к публикуемым материалам: www.med-law.ru, www.elibrary.ru

© Национальный институт медицинского права, 2019

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№1 [9]

Том 5

ФЕВРАЛЬ - АВГУСТ 2019

Москва
2019

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№1 [9]

VOLUME 5

FEBRUARY - AUGUST 2019

Moscow
2019

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2019. Vol 5. №1 (9). 158 p. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board:

Chairman

Yuri Dmitrievich Sergeev
head of the Department of medical law of Sechenov University, the corresponding member RAS, Honored lawyer of Russia, doctor of medical Sciences, Professor

Board member

Sergey Vladimirovich Erofeev
head of the Department of forensic medicine and law of the Ivanovo state medical Academy, Honored worker of health of the Russian Federation, doctor of medical Sciences, Professor

Natalia Andreevna Kamenskaya
associate Professor, Department of medical law, Sechenov University, candidate of legal Sciences

Vladimir Georgievich Kuranov
head of the Department of law of the Perm state medical University named after academician E. Wagner

Yulia Vladimirovna Pavlova
associate Professor, Department of medical law, Sechenov University, candidate of legal Sciences, associate Professor

Svetlana Igorevna Pospelova
associate Professor, Department of medical law, Sechenov University, candidate of legal Sciences, associate Professor

Avtandil Demurovich Ramishvili
candidate of medical Sciences, associate Professor

Address of edition:

National Institute of medical law,
Sormovskij proezd, 7a, housing 2, Moscow, 109444,
www.med-law.ru, nimp@med-law.ru

The journal is included in the Russian science citation index

Published in 2015

Full-text access to published materials:
www.elibrary.ru, www.med-law.ru

© National Institute of medical law, 2019

От редакционной коллегии

Одной из важнейших задач Российского государства, выходящей на уровень национальной безопасности, является реализация права граждан Российской Федерации на охрану здоровья и медицинскую помощь. Для ее решения, помимо создания соответствующих экономических и социальных условий, необходимо сформировать устойчивые и эффективно работающие правовые механизмы, позволяющие не только защитить жизнь и здоровье пациентов, но и решить проблему правовой защищенности медицинских работников. К сожалению, общеизвестным является факт негативного освещения медицинской деятельности в СМИ, что подрывает авторитет одной из самых благородных профессий в мире и провоцирует рост необоснованных претензий пациентов к медицинским организациям. Более того, специалисты отмечают существенный рост возбужденных уголовных, гражданских дел в отношении медперсонала на всей территории страны.

Выпуск данного номера журнала содержит научно-практические работы участников ежегодного Международного Форума по медицинскому праву «Белые ночи», который состоялся 30 мая – 01 июня 2019 г. в г. Санкт-Петербурге на базе крупнейшей многопрофильной клиники «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова».

Ключевым событием Форума стало проведение круглого стола по актуальным проблемам правового регулирования медицинской деятельности на площадке Законодательного Собрания Санкт-Петербурга. Проведение практического круглого стола с участием Председателя комитета по законодательству Законодательного Собрания, Первого заместителя председателя Комитета по здравоохранению, Начальника юридического управления ТФОМС Санкт-Петербурга позволили представителям медицинского и юридического сообществ сформировать предложения, направленные на преодоление правовых проблем, возникающих при осуществлении медицинской деятельности.

Насыщенная программа двух последующих дней Форума включала проведение Школы медицинского права «Управление правовыми рисками в медицинской

организации как основа качества и безопасности медицинской деятельности», Круглого стола по организационным, правовым и экономическим проблемам лекарственного обеспечения, Конференции «Правовая медицина: проблемы становления и перспективы развития», а также тематических мастер-классов по отдельным профилям медицинской помощи (акушерство и гинекология; онкология, хирургия).

Современные тенденции уголовного законодательства, оптимизация стратегии защиты интересов медицинских работников, систематизация требований по контролю качества и безопасности медицинской деятельности – ключевые темы Форума.

Изучение и обсуждение проблем медицинского права, судебной медицины и биомедицинской этики в интересах общества и защиты прав человека актуальны во всем мире. Объединение усилий медицинского и юридического сообщества, обсуждение проблем в сфере правового обеспечения медицинской деятельности, выработка практических решений по данным вопросам возможно, в том числе, путем проведения различных научно-практических и образовательных мероприятий: круглых столов, семинаров, конференций и т.п.

Материалы данного номера представляют несомненный интерес для руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций, практикующих врачей различных специальностей, медицинских юристов, судебно-медицинских экспертов и экспертов, осуществляющих оценку качества медицинской помощи, представителей органов законодательной власти, судебных и следственных органов, а также для всех заинтересованных лиц.

Содержание

РАЗДЕЛ I. ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Брызгалова Ю.Е., Бойко А.В., Павлова Ю.В. 13 ***Yuliya Bryzgalova, Alexander Boyko, Julia Pavlova***

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: НОВЕЛЛЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

ORGANIZATION OF THE PATIENT'S VISIT IN THE UNITS INTENDED FOR CARRYING OUT INTENSIVE THERAPY AND REANIMATING MEASURES: LEGAL REGULATORY PROPERTIES AND THE EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS

Елина Н.К. 20 ***Natalya Elina***

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРАЖДАН НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

SOME ASPECTS OF MEDICAL SUPPORT FOR MINOR CITIZENS IN THE TERRITORY OF THE RUSSIAN FEDERATION

Иванова Е.А., Журилов Н.В. 23 ***Ekaterina Ivanova, Nikolay Zhurilov***

ЭВТАНАЗИЯ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

EUTHANASIA AS A SOCIAL PROBLEM

Лебеденко М.А., Лузанова И.М. 30 ***Maria Posadkova***

БИОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ПОЛИГРАФА КАК ИНСТРУМЕНТ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

BIOMEDICAL RESEARCH BY POLYGRAPH AS A TOOL FOR DETECTING EMOTIONAL BURNOUT OF HEALTH WORKERS

Посадкова М.В. 34 ***Maria Posadkova***

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ: ОПЫТ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «ПОДСОЛНУХ»

LEGAL REGULATION OF THE RIGHT TO HEALTH AND MEDICAL CARE: THE EXPERIENCE OF THE CHARITY FUND "SUNFLOWER»

Сергеев А.И. 43 ***Alexey Sergeev***

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СУБСИДИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

LEGAL ASPECTS OF THE PRACTICAL IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF SUBSIDING MEDICAL WORKERS «ZEMSKY DOCTOR»

Эртель Л.А., Хапай С.Х. 51 ***Lyudmila Ertel', Setenaj Hapaj***

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА, ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ, ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА: ПРАВОВЫЕ ПРОБЕЛЫ

PERSONAL DATA OF THE PATIENT, A PERSONALIZED ACCOUNT, DOCTOR-PATIENT CONFIDENTIALITY: LEGAL GAPS

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

Баринов Е.Х., Калинин Р.Э., Михеева Н.А., Черкалина Е.Н. 59 ***Evgeny Barinov, Ruslan Kalinin, Natalya Mikheyeva, Elena Cherkalina***

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОФОРМЛЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДЛЯ КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

IDENTIFICATION OF DEFECTS IN DELIVERY OF HEALTH CARE AND REGISTRATION OF REPRESENTATION FOR THE COMMISSION FOR THE STUDY OF LETAL EXODUS

Каменков В.С., Каменков А.В. 64 ***Viktor Kamenkov, Alexander Kamenkov***

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ: БЕЛАРУСЬ, РОССИЯ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

ACTUAL PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF MEDICAL EXPERTISE: BELARUS, RUSSIA (COMPARATIVE ANALYSIS)

Куранов В.Г. 74 ***Vladimir Kuranov***

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ» В ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОМ АСПЕКТЕ

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE «MEDICAL SERVICE QUALITY» DEFINITION IN THE CIVIL LAW ASPECT

Прошутин В.Л., Мочагин П.В., Вайтуков А.К.,Прошутин А.В. 81 ***Vladimir Proshutin, Pavel Mochagin, Alexander Vaitukov, Anton Proshutin***

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ, ЮРИДИЧЕСКАЯ И ФИЛОСОФСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ КРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА

FORENSIC, LEGAL AND PHILOSOPHICAL INTERPRETATION CASES OF DEATH FROM CLOSING THE AIRWAYS WITH BLOOD DUE TO CAUSING A FRACTURE OF THE NASAL BONES

Саяпина С.М. 86 ***Svetlana Sayapina***

О ПРАКТИКЕ НЕСАНКЦИОНИРОВАННОГО ИЗЪЯТИЯ (ВЫЕМКИ) ОРГАНАМИ ДОЗНАНИЯ И СЛЕДСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

ON THE PRACTICE OF UNAUTHORIZED REMOVAL (SEIZURE) OF THE BODIES OF INQUIRY AND INVESTIGATION OF MEDICAL DOCUMENTATION

Филатова Д.А., Поспелова С.И. 91 ***Daria Filatova, Svetlana Pospelova***

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ «НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ»

SOME PROBLEMS OF QUALIFICATION OF CRIME «FAILURE TO ASSIST A PATIENT»

РАЗДЕЛ III. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Базина О.О. 107 ***Olga Bazina***

НОВЕЛЛЫ РОССИЙСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СТВОЛОВЫХ КЛЕТКАХ

RUSSIAN LEGAL PROVISIONS ON STEM CELLS

Бобровская О.Н., Зиганурова З.З. 115 ***Olga Bobrovskaya, Zilya Ziganurova***

НОВЕЛЛЫ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ОТНОШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ОБЛАСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

NOVELTIES IN LEGAL REGULATION OF RELATIONS ARISING IN THE FIELD OF AESTHETIC SURGERY

Ершов В.Е., Кривова А.В., Захаров В.П. 120 ***Ershov V.E., Krivova A.V., Zakharov V.P.***

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА

LEGAL ASPECTS OF PREVENTION AND TREATMENT OF OSTEOPOROSIS

Корнеев М.Б., Тэвина А. В., Журилов Н.В. 127 ***Mikhail Korneev, Alena Tevina, Nikolay Zhurilov***

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕЦЕПТЫ: ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ

ELECTRONIC PRESCRIPTIONS: OPPORTUNITIES, PROSPECTS AND PROBLEMS

Лупарев Е.Б. 134 ***Evgeny Luparev***

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О НЕКОНВЕНЦИОНАЛЬНОЙ (НАРОДНОЙ) МЕДИЦИНЕ

ON SOME PROBLEMS OF THE LEGISLATION SYSTEMATIZATION OF UNCONVENTIONAL (FOLK) MEDICINE

Перова К.А., Абрамова М.В., Журилов Н.В. 138 ***Kristina Perova, Margarita Abramova, Nikolay Zhurilov***

ОБЗОР ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ ОТ 14.01.2019 №4Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ФОРМ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПОРЯДКА ОФОРМЛЕНИЯ УКАЗАННЫХ БЛАНКОВ, ИХ УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ»

REVIEW OF THE ORDER OF THE MINISTRY OF HEALTH CARE OF THE RUSSIAN FEDERATION DATED 14.01.2019 №4N «ON APPROVAL OF THE PROCEDURE OF PRESCRIBING DRUGS, FORMS OF PRESCRIPTIONS, THE PROCEDURE FOR REGISTRATION THESE FORMS, THEIR ACCOUNTING AND STORAGE»

Светличная А.В., Каменская Н.А. 146 ***Anastasia Svetlichnaya, Natalia Kamenskaya***

ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ: ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

PROBLEMS OF REGULATORY REGULATION OF THE DISPOSAL OF MEDICAL WASTE: LICENSING OF MEDICAL INSTITUTIONS

РАЗДЕЛ I.

ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Брызгалова Ю.Е., Бойко А.В., Павлова Ю.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: НОВЕЛЛЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

В статье рассмотрены нормативно правовые акты, регламентирующие порядок посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.

Проведен анализ правоприменительной практики, выявлены организационно-правовые проблемы и предложен алгоритм организации в медицинской организации возможности посещения пациента, находящегося в отделении реанимации.

Ключевые слова: *интенсивная терапия, реанимационные мероприятия, законные представители, права пациента, обязанности медицинской организации, правоприменительная практика, Европейский Суд по правам человека*

Yuliya Bryzgalova, Alexander Boyko, Julia Pavlova

ORGANIZATION OF THE PATIENT'S VISIT IN THE UNITS INTENDED FOR CARRYING OUT INTENSIVE THERAPY AND REANIMATING MEASURES: LEGAL REGULATORY PROPERTIES

The article discusses the regulatory legal acts regulating the procedure for a patient to be visited by relatives and other family members or legal representatives in a medical organization, including its structural divisions intended for intensive care and intensive care in the provision of medical care in a hospital. .

The analysis of law enforcement practice was carried out, organizational and legal problems were identified, and an algorithm was proposed for organizing the possibility of visiting a patient in the intensive care unit in a medical organization.

Keywords: *intensive care, intensive care measures, legal representatives, rights of the patient, responsibilities of the medical organization, law enforcement practice, European Court of Human Rights*

Правовые и организационные проблемы, возникающие при посещении родственниками пациентов реанимационных отделений являются одними из самых актуальных и обсуждаемых в настоящее время в обществе, в средствах массовой информации. Более того, еще в 2016 году, по итогам специальной ежегодной про-

граммы «Прямая линия с Владимиром Путиным», состоявшейся 14 апреля 2016 года, Президент РФ поручил Министерству здравоохранения РФ до 1 июля представить доклад, предлагающий его решение [7].

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

В этой связи, представляется очевидным, что в целях реализации приоритета интересов пациентов и их родственников (законных представителей), создания комфортной среды для пациентов, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии необходима надлежащая правовая база, определяющая порядок посещения таких больных.

Новеллой правового регулирования данной сферы стал Федеральный закон от 29 мая 2019 г. №119-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которыми медицинская организация наделена дополнительной обязанностью по предоставлению возможности родственникам и иным членам семьи или законным представителям пациента посещать пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурном подразделении, предназначенном для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий (п. 15 ст. 79).

Общие требования по организации посещений должны быть установлены федеральным органом исполнительной власти (в соответствии с пунктом 19.1 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации) [1].

В настоящее время сформирован Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении общих требований к организации посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях» (подготовлен Минздравом России 20.06.2019 г.). Согласно Проекта руководитель медицинской организации и иной организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, обеспечивает:

- возможность посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях;
- защиту пациентов (защита персональной информации);
- охранительный режим;
- наличие в структурных подразделениях медицинской организации памяток для посетителей, с которой посетитель обязан ознакомиться перед посещением пациента.

Определены общие требования:

1. Родственники и иные члены семьи или законные представители пациента получают согласие лечащего врача и заведующего отделением на посещение пациента;
2. Родственники и иные члены семьи или законные представители пациента не должны иметь признаков острых инфекционных заболеваний (повышенной температуры, проявлений респираторной инфекции, диареи). Медицинские справки об отсутствии заболеваний не требуются;

3. Перед посещением медицинские работники проводят с родственниками краткую беседу для разъяснения необходимости сообщить врачу о наличии у них каких-либо инфекционных заболеваний, психологически подготовить к тому, что посетитель увидит в отделении;
4. Перед посещением структурных подразделений, в том числе предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании пациенту медицинской помощи в медицинской организации посетитель снимает верхнюю одежду, надевает бахилы, халат, маску, шапочку, тщательно моет руки. Мобильный телефон и другие электронные устройства выключает;
5. Посетители в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения в структурные подразделения медицинской организации не допускаются;
6. Посетитель соблюдает тишину, не затрудняет оказание медицинской помощи другим пациентам, выполняет указания медицинских работников, не прикасается к медицинским приборам;
7. Не разрешается посещать пациентов детям в возрасте до 12 лет; одновременно разрешается находиться в палате не более, чем двум посетителям;
8. Посещения родственников и иных членов семьи или законных представителей не разрешаются во время проведения в палате инвазивных манипуляций (интубация трахеи, катетеризация сосудов, перевязки, проведение сердечно-легочной реанимации);
9. Посетители, не являющиеся прямыми родственниками пациента, допускаются в структурные подразделения медицинской организации, предназначенные для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в сопровождении близкого родственника (отца, матери, жены, мужа, взрослых детей).
10. Родственники и иные члены семьи или законные представители пациента привлекаются при их желании к уходу за пациентом после подробного инструктажа;
11. Родственники и иные члены семьи или законные представители пациента в случае необходимости проведения пациенту в палате инвазивных манипуляций обязаны покинуть палату по просьбе медицинских работников.

Таким образом, каждая медицинская организация стационарного типа должна утвердить правила внутреннего распорядка в целях организации пребывания и посещений пациента родственниками и проектирование помещений стационара должно предусматривать возможность соблюдения санитарно-гигиенического благополучия пациентов, а их пребывание в стационаре не должно нарушать морально-этических норм и попирать их права со стороны медицинского персонала и администрации, в том числе при обеспечении возможности посещения и ухода за пациентом его родственниками, с учетом состояния здоровья.

Но даже при принятии соответствующей нормативной базы возникнет ряд проблем организационного характера для медицинской организации, в частности, каким образом предоставить возможность соблюдения правильности выполнения ухода родственниками за больным, обеспечить соблюдение сохранения врачебной тайны в отношении других пациентов и т.п.

В большинстве зарубежных стран члены семьи пациентов могут находиться рядом с ними в подобных отделениях. Это возможно в том случае, если соблюдаются правила посещения. Зарубежный опыт показывает, что реанимации открыты уже много десятков лет. В США, Германии, Великобритании, Франции родственники и друзья могут посещать больного с некоторыми ограничениями по времени. Пациентам реанимационных отделений выдают специальные рубашки, которые при необходимости можно легко снять или порезать. Если есть возможность, мужчин и женщин размещают отдельно, часто между койками ставят ширмы. В Российской Федерации до недавнего времени аргументировали против допуска родственников к пациенту по причине занесения инфекции, однако данный момент является не-

корректным. Во всем мире родственников в палаты пускать можно, и только у нас почему-то говорят про септику и асептику. Все врачи и все медсестры знают: самая злая инфекция – внутрибольничная, потому что там все адаптировалось к антибиотикам. А внутрибольничная инфекция относится не к родственникам, а к персоналу. Если бы посетители действительно усугубляли состояние больного, тогда в США, во Франции тоже об этом знали бы [8].

Также стоит отметить, что имеется зарубежная судебная практика по схожим проблемам. Статья 8 Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод определяет, что гарантируются права родственников и пациента на уважение частной и семейной жизни, а также право на достоинство личности. Европейский Суд по правам человека в ряде своих постановлений отмечает, что запрет на посещение умирающего родственника составляет недопустимое вмешательство в право на уважение частной и семейной жизни, что предусмотрено в Постановлении от 6 декабря 2007 года по делу «Линд (Lind) против России», Постановлении от 29 ноября 2011 года по делу «Гищак (Giszczak) против Польши», Постановлении от 12 ноября 2002 года по делу «Плоский (Ploski) против Польши». Также стоит отметить, что в пределах органов Совета Европы формулируется мнение о том, что отсутствие или некорректность институциональной среды, где неизлечимо больной или умирающий человек может спокойно попрощаться с родственниками и друзьями, представляет угрозу для базовых прав, которые вытекают из права на достоинство личности [2].

Необходимо отметить, что в сегодняшних реалиях толчком к положительным изменениям политики медицинских организаций и выполнения требований закона может послужить только реакция судебной системы. Следовательно, необходимо проанализировать актуальную судебную практику по данной проблеме. Измайловский районный суд отказался удовлетворить первый в России иск о незаконном недопуске родственников в реанимацию к умирающей пациентке. Измайловский районный суд города Москвы, рассматривавший дело 14 августа 2018 года, отказал в удовлетворении заявленных требований. Отказ врача был обоснован тем, что в реанимации все время находились другие больные, отделение было переполнено, и в случае допуска родственников пришлось бы приостановить процесс оказания помощи другим пациентам. По утверждению истцов, к этому объяснению врач также присовокупил, что, мол, если родственники хотели попрощаться с женой и матерью дома, им не следовало привозить ее в больницу. Родные умирающей, в свою очередь, ссылались на письмо Минздрава России от 30.05.2016 №15-1/10/1-2853 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии», однако им было отказано. Собственно, это и послужило причиной заявленного к больнице иска о компенсации морального вреда. На своей странице в социальной сети один из истцов – юрист по образованию – неоднократно подчеркивал, что иск заявлен не в целях, собственно, облегчить деньгами полученные страдания, а для того, чтобы изменить ситуацию: право сказать близкому человеку последнее «прощай», хотя бы и в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), не должно бесцеремонно и грубо попираться. Размер компенсации морального вреда (2000 евро) рассчитан исходя из практики Европейского Суда по правам человека по аналогичным делам [4].

В основу решения было положено несколько аргументов: отсутствие в законе требования о допуске родственников в отделение реанимации, постоянное проведение с пациентами медицинских манипуляций, отсутствие письменных обращений к главному врачу в период 10-11 мая, а также отмена больницей дисциплинарного взыскания, наложенного на заведующего отделением. И все же ключевой довод суда первой инстанции связан с оценкой законодательного регулирования. По мнению суда, законом обязанность больниц обеспечить пациентам возможность посещений родственниками не предусмотрена, а письмо Минздрава России носит рекомендательный характер. Кроме того, суд учитывал, что согласно п. 6 ч. 1 ст. 6 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приоритет интересов пациентов реализуется путем создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ними в медицинской организации с учетом не только состояния пациента, не только соблюдения противоэпидемического режима, но и соблюдения интересов иных лиц, находящихся в медицинской организации.

При таких обстоятельствах, суд находил обоснованными действия сотрудников ответчика по недопуску истцов в период нахождения в реанимационном отделении исходя из учета интересов пациентов, получавших интенсивную медицинскую помощь в отделении, поскольку врачами соблюдался приоритет интересов пациентов на получение медицинской помощи. При таких обстоятельствах, суд не находил правовых оснований для взыскания с ответчика в пользу истцов компенсации морального вреда, в связи с чем в удовлетворении иска надлежит отказать, поскольку действия сотрудников ответчика не содержат признаков нарушения действующего законодательства [4].

В конце сентября 2018 года на решение районного суда была подана апелляционная жалоба. Центральным доводом жалобы является то, что указанный выше федеральный закон обязывает больницы допускать родственников в отделения реанимации и создавать для этого необходимые условия с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц. Соответствующие обязанности врачей рассматриваются в жалобе в контексте, во-первых, права родственников и пациента на уважение частной и семейной жизни, гарантированного ст. 8 Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод, и, во-вторых, права на достоинство личности.

Далее стоит отметить, что 14 декабря 2018 года Мосгорсуд отменил решение Измайловского районного суда города Москвы. Суд апелляционной инстанции взыскал с больницы по 30 000 руб в пользу каждого истца в качестве компенсации морального ущерба за то, что ГКБ не пропустила их в отделение реанимации попрощаться с умирающей женой и матерью и не предприняла никаких иных мер для организации такого посещения. Суд отметил, что – ввиду очевидной для всех скорой кончины пациентки – визит ее родных был продиктован исключительными обстоятельствами, а значит, и отказ пустить посетителей в ОРИТ тоже мог быть оправдан лишь исключительными причинами. А отсутствие в законе прямого указания на право навещать родных в отделениях реанимации не должно использоваться для умаления общепризнанных прав человека, в том числе права на посещение умирающего родственника [5].

Мосгорсуд счел, что общепризнанные права человека, а также эффективность механизма их государственной защиты не должна умаляться из-за отсутствия государственного правового регулирования.

При этом согласно ст. 8 Римской Конвенции о защите прав человека и основных свобод, каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, а вмешательство со стороны публичных властей в осуществление этого права не допускается, за исключением случаев, когда такое вмешательство предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности и общественного порядка, экономического благосостояния страны, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, для охраны здоровья или нравственности или защиты прав и свобод других лиц. Правовые позиции Европейского Суда по правам человека являются обязательными для судов РФ (из постановлений, принятых в отношении РФ) либо должны учитываться ими (из постановлений, принятых в отношении других стран), если обстоятельства рассматриваемого судом дела являются аналогичными обстоятельствам, ставшим предметом анализа и выводов ЕСПЧ. А ЕСПЧ констатирует, что посещение умирающего родственника является элементом права на уважение семейной жизни («Гищак (Giszczak) против Польши») [3].

Суд указал, что «из норм действующего законодательства следует, что родственники имеют право на посещение пациента, находящегося в отделениях реанимации и интенсивной терапии». Кроме того, Мосгорсуд отметил, что больница не доказала, что ей были предприняты все возможные действия, направленные на реализацию права истцов на прощание с умирающим родственником. Суд обязал больницу выплатить компенсацию морального вреда в размере 30 тысяч рублей в пользу каждого истца.

Отметим, что исключительную ценность (в том числе практическую) имеют обе правовые позиции, сформулированные Мосгорсудом:

- во-первых, отсутствие в федеральном законе четкой нормы о праве посещения больных в ОРИТ нельзя использовать как основание для запрета таких визитов. В том числе и потому, что указанное право можно обосновать иным способом, – например, через правовые позиции ЕСПЧ;
- во-вторых, при посещении ОРИТ должны соблюдаться права и остальных пациентов ОРИТ. Однако если речь идет не о рядовом посещении больного, а о его последнем посещении и его последней возможности увидеть своих близких, то такое посещение продиктовано исключительными обстоятельствами. И ввиду этих исключительных обстоятельств врачи ОРИТ обязаны предпринять какие-нибудь меры, чтобы все же организовать свидание пациента с родными.

Таким образом, в настоящее время создана необходимая правовая база для организации посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

Медицинским организациям предстоит обеспечить реализацию данного права. Наиболее конструктивным представляется принятия соответствующего нормативного акта на уровне субъекта РФ в целях единообразия исполнения правовых норм в медицинских организациях. В частности, Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 29 июня 2018 г. №451 «Об организации посещений пациентов, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии» определена Форма Памятки для посетителей отделений реанимации и интенсивной терапии, которая в наглядной и доступной форме иллюстрирует правила для посетителей [6].

Только лишь при тесном взаимодействии и понимании всех участников процесса оказания медицинской помощи с учетом особенностей пребывания пациента в реанимации возможна полноценная реализация проанализированных новелл законодательства.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 29 мая 2019 г. №119-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 3 июня 2019 г. №22. ст. 2675.
2. Постановление Европейского Суда по правам человека от 6 декабря 2007 г. Дело «Линд (Lind) против Российской Федерации» (жалоба №25664/05). // Текст Постановления опубликован в приложении к Бюллетеню Европейского Суда по правам человека. Специальный выпуск. №3/2008.
3. Постановление Европейского Суда по правам человека от 12 ноября 2002 г. Дело «Плоский против Польши» [Ploski – Poland] (жалоба №26761/95) (IV Секция) (извлечение) // Текст Постановления опубликован в Бюллетене Европейского Суда по правам человека. Российское издание. №4/2003.

4. Решение Измайловского районного суда г. Москвы от 14 августа 2018 г. по делу №02-3784/2018 // URL: http://base.garant.ru/101773403/ (дата обращения: 10.06.2019).
5. Апелляционное определение СК по гражданским делам Московского городского суда от 14 декабря 2018 г. по делу №33-51564/2018 // URL: http://base.garant.ru/101773403/ (дата обращения: 10.06.2019).
6. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29 июня 2018 г. №451 «Об организации посещений пациентов, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии» // Текст приказа официально опубликован не был/ URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/49532588/ (дата обращения: 10.06.2019).
7. Перечень поручений по итогам специальной программы «Прямая линия с Владимиром Путиным» (утв. Президентом РФ 14 апреля 2016 г. Пр-725) // Текст перечня официально опубликован не был. URL: http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/51762 (дата обращения: 10.06.2019).
8. Отделение реанимации, или почему нельзя навещать тяжелобольных: АиФ Здоровье [Электронный ресурс] // URL: http://www.aif.ru/health/life/40298 (дата обращения: 10.06.2019).

Об авторах:

Брызгалова Юлия Евгеньевна – студентка 6 курса лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, 99juli@mail.ru

Бойко Александр Викторович – студент 6 курса лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, sboyko20@gmail.com

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, доцент, Москва, 08101967@list.ru

Yuliya Evgenievna Bryzgalova – final-year student of the medical faculty of the Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Alexander Viktorovich Boyko – final-year student of the medical faculty of the Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Julia Vladimirovna Pavlova – associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, PhD in Law, associate professor, Moscow

© Брызгалова Ю.Е., Бойко А.В., Павлова Ю.В., 2019

Елина Н.К.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРАЖДАН НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье проводится анализ правового регулирования обращения (продажи) лекарственных средств несовершеннолетним. Требования к продаже лекарств определяются таким критерием, как рецепт. Продают лекарства: без рецепта, по рецепту, по специальному рецепту. Нормы, предусматривающие ограничение продажи лекарственных средств несовершеннолетним, отсутствуют. Руководствуясь ГК РФ без рецепта лекарства можно купить с 6 лет, главное, чтобы недорогое, а по рецепту или специальному рецепту с 15 или 16 лет, согласно федеральному закону №323-ФЗ. На основании исследования и в целях зашиты здоровья несовершеннолетних, предлагается внести изменения в закон «Об обращении лекарственных средств», введя возрастные ограничения на продажу лекарственных средств несовершеннолетним.

Ключевые слова: *закон, несовершеннолетний гражданин, лекарственное обеспечение*

Natalya Elina

SOME ASPECTS OF MEDICAL SUPPORT FOR MINOR CITIZENS IN THE TERRITORY OF THE RUSSIAN FEDERATION

This article analyzes the legal regulation of the drug circulation to the minors. Prescription is the main requirement to the drug sale regulation. One can buy different kinds of drugs: «only available on prescription», «available without prescription», psychotropic and narcotic drugs (they are written on special prescription blanks). There are no any restrictions for the drug sale to the minors. According to the law of the Constitution of the Russian Federation it is allowed to buy any «available without prescription» drugs from the age of 6 (only cheap ones); and according to the article №323 of the law of the Constitution of the Russian Federation it is allowed to buy «only available on prescription» drugs and psychotropic and narcotic drugs (written on special prescription blanks) from the age of 15 or 16. On the basis of our research and with the purpose of the minors' health protection it is offered to amend a law «Drug circulation» by imposing restrictions on age range for the drug sale to the minors.

Keywords: *law, minor citizen, drug provision*

С точки зрения российского законодательства, требования к обращению материальных благ заложены в нормах Гражданского кодекса Российской Федерации. Следует отметить, что население реализуя свое право на приобретение материальных благ, не всегда самостоятельно может это право реализовывать. Одним из требований законодательства, является дееспособность лица. Статья 21 ГК РФ, говорит что способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста [1].

Статья 28 ГК РФ уточняет, что за несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет (малолетних), сделки, могут совершать от их имени только их родители, усыновители или опекуны. Малолетние в возрасте от шести до четырнадцати лет вправе самостоятельно совершать:

1. мелкие бытовые сделки;
2. сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации;
3. сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения.

Имущественную ответственность по сделкам малолетнего, в том числе по сделкам, совершенным им самостоятельно, несут его родители, усыновители или опекуны, если не докажут, что обязательство было нарушено не по их вине. Эти лица также отвечают за вред, причиненный малолетними [1].

Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет совершают сделки, с письменного согласия своих законных представителей – родителей, усыновителей или попечителя.

Сделка, совершенная таким несовершеннолетним, действительна также при ее последующем письменном одобрении его родителями, усыновителями или попечителем.

Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет вправе самостоятельно, без согласия родителей, усыновителей и попечителя:

1. распоряжаться своими заработком, стипендией и иными доходами;
2. осуществлять права автора произведения науки, литературы или искусства, изобретения или иного охраняемого законом результата своей интеллектуальной деятельности;
3. в соответствии с законом вносить вклады в кредитные организации и распоряжаться ими;
4. совершать мелкие бытовые сделки.

Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет самостоятельно несут имущественную ответственность по сделкам, совершенным ими. За причиненный ими вред такие несовершеннолетние несут ответственность.

При наличии достаточных оснований суд по ходатайству родителей, усыновителей или попечителя, либо органа опеки и попечительства может ограничить или лишить несовершеннолетнего в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться своими заработком, стипендией или иными доходами, за исключением случаев, когда такой несовершеннолетний приобрел дееспособность в полном объеме при вступлении в брак или эмансипации [1].

Одним из материальных благ является лекарственное средство. В настоящее время использование лекарственных средств осуществляется населением в широком спектре. Учитывая особое воздействие лекарственных средств на организм человека, законодатель предпринял много норм не только для целесообразного распределения лекарств, но и для защиты жизни и здоровья человека.

Лекарственные средства – вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий [2]. Ассортимент лекарственных средств в каждой аптеке огромный и при этом постоянно увеличивается.

Лекарственные средства, в соответствии со ст. 130 ГК РФ, относятся к движимым вещам. Ценность вещи – лекарственного средства – заключается в получении блага в процессе его потребления. При использовании различных форм препаратов (таблетка, капсула, порошок, микстура, гель, мазь и т.д.) происходит высвобождение действующего активного вещества и его воздействие на организм человека. Большинство лекарственных средств, это та продукция, свободная реализация которой запрещена.

При этом не следует забывать, о специальных нормах государственного контроля: лицензирование и надзор за фармацевтической деятельностью, контроль качества, эффективности, безопасности лекарственных средств.

Безусловно нельзя не учитывать, что лекарственные средства жизненно необходимы как для дееспособных, так и недееспособных лиц, то есть для лиц достигших возраста восемнадцати лет или еще не достигших восемнадцатилетнего возраста.

Нельзя обойти вниманием тот факт, что при покупке лекарственных средств клиент (пациент) в аптеке заключает договор купли-продажи в устной форме, то есть на законодательном уровне отсутствует ограничение по возрасту для заключения договора купли-продажи лекарственных средств.

Так же следует отметить, что обращение лекарственных средств может осуществляться без рецепта врача, по рецепту врача или по специальному рецепту врача (для наркотических и психотропных лекарственных средств). Рецепт выдает лечащий врач исходя из состояния здоровья пациента, при этом возраст с которого может выдавать рецепт определяется статьей 54 Федерального закона от 21.11.2019 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него [3].

Итак, можно констатировать, что лекарственные средства без рецепта могут продаваться несовершеннолетним с шести лет только с одним ограничением – это стоимость. Главное, чтобы сделка подходила под критерий мелкая.

Лекарственные средства по рецепту могут продаваться несовершеннолетним с пятнадцати лет.

Лекарственные средства по специальному рецепту могут продаваться несовершеннолетним с пятнадцати или шестнадцати лет.

На первый взгляд может показаться, что проблемы не существует, но ведь речь идет о несовершеннолетних. Так же напомним обязательное требование в инструкциях на каждый препарат: «Хранить в недоступном для детей месте».

Принимая вышесказанное во внимание считаем, отсутствие возрастного ограничения при продаже лекарственных средств, значительным упущением федерального законодательства об обращении лекарственных средств.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации 1 часть от 30.11.1994. №51-ФЗ // Российская газета, №238-239, 08.12.1994.
2. Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета, №78, 14.04.2010.
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Российская газета, №263, 23.11.2011.

Об авторе:

Елина Наталья Константиновна – заведующий кафедрой гуманитарных дисциплин Частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», кандидат юридических наук, доцент, Самара, Elina-Natali@mail.ru

Natalya Konstantinovna Elina – Head of the Humanities Department of the Private Institution of the Educational Organization of Higher Education «Medical University «Reaviz», PhD in Law, Associate Professor, Samara

© Елина Н.К., 2019

Иванова Е.А., Журилов Н.В.

ЭВТАНАЗИЯ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Данная статья имеет описательный характер. Исследуются разновидности форм эвтаназии: активная и пассивная; история и причины появления данной процедуры. Описываются первые попытки проведения эвтаназии: история создания «машины смерти» Джека Кеворкяна и изобретение австралийского доктора Филиппа Ницшке. Исследуется закон № 323-ФЗ (ст. 45 «Запрет эвтаназии») «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» как закон, запрещающий проведение эвтаназии в России. Учитываются позиции сторонников запрета и введения эвтаназии с точки зрения религии. Рассматривается альтернатива эвтаназии – хоспис, и проблемы введения данного движения в России.

Ключевые слова: *эвтаназия, легализация, право на смерть, врач, пациент, больной, неизлечимая форма болезни, жизнь*

Ekaterina Ivanova, Nikolay Zhurilov

EUTHANASIA AS A SOCIAL PROBLEM

This article is descriptive. We study the forms of euthanasia: active and passive; history and reasons for the occurrence of this procedure. Describes the first attempts at euthanasia: the story of the creation of the «death machine» by Jack Kevorkian and the invention of the Australian doctor Philip Nitschke. Law No. 323-ФЗ (Article 45 «Prohibition of Euthanasia») «On the Basics of the Protection of Citizens' Health in the Russian Federation» is being investigated as a law prohibiting euthanasia in Russia. The position of supporters of the prohibition and the introduction of euthanasia from the point of view of religion. An alternative to euthanasia, the hospice, and the problems of introducing this movement in Russia are being considered.

Keywords: *euthanasia, legalization, the right to death, doctor, patient, patient, incurable form of the disease, life*

В настоящее время, когда медицина достигла значительного прогресса в своем развитии, появилась возможность продлевать жизнь тяжело больным пациентам длительное время. Однако многим больным продлевается не жизнь, а процесс угасания. Аппараты искусственной вентиляции легких, искусственного кровообращения, трансплантация органов позволяют обеспечивать жизнедеятельность обреченным пациентам. Но не всем людям, одержимым болезнью, суждено выздороветь и отправиться домой. Многие больные проводят последние дни своей жизни в стенах больницы в муках и страданиях. Некоторые из них, испытывая не только физическую, но и душевную боль, говорят о том, что не хотят больше жить. Врачам приходится наблюдать за безнадежно больными пациентами, видеть их страдания и слушать просьбы о помощи либо вылечиться, либо умереть. Но зачастую врачам приходится сталкиваться с неизлечимыми больными, когда шансов на выздоровление нет. В этот момент и встает вопрос о такой неоднозначной процедуре, как эвтаназия.

Слово «эвтаназия» происходит от слияния двух греческих слов: «ev» (хорошо, благородно, доблестно) и «tha'natos» (смерть). Данный термин был введен в научный оборот еще в XVI в. английским философом Фрэнсисом Бэконом для обозначения облегчения мук умирания [7].

Содержание и характер эвтаназии обуславливает разновидность ее форм.

Активная эвтаназия – это умышленное причинение неизлечимо больному пациенту по его просьбе быстрой и легкой смерти с целью избавления его от мучительных физических страданий, осуществленное по мотиву сострадания [2].

При этом активной эвтаназией не являются:

- убийство из «милосердия» – когда врач, не руководствуясь просьбой безнадежно больного, видя его мучительные страдания, которые обязательно в скором времени приведут к смерти, и, будучи не в силах их устранить, например, вводит ему сверхдозу обезболивающего препарата, в результате чего наступает смертельный исход;
- «самоубийство, ассистируемое врачом», при котором врач только помогает неизлечимо больному человеку покончить с жизнью, например, дает таблетки, после приема определенного количества которых наступает смерть. Решающие действия осуществляет пациент самостоятельно [3].

Пассивной эвтаназией называется отказ начинать жизнеподдерживающую терапию или ее прекращение (выключение аппарата искусственного кровообращения или искусственной вентиляции легких; выписка неизлечимо больного пациента домой и т.д.) [4].

Эвтаназия появилась в момент принятия человеком решения о добровольном уходе из жизни с использованием специальной медицинской процедуры. Сведения о применении эвтаназии уходят корнями в Древнюю Индию, где нормы поведения обязывали «покончить с собой» вдов; в Японию, где уже в Новое время престарелых жителей из горных деревень, превратившихся в обузу для своих родственников, с их согласия отвозили на священную гору, оставляя умирать. В Древнем Риме убийство по просьбе потерпевшего оставалось безнаказанным. Сократ и Платон считали вполне правомерным умерщвление неизлечимо больных людей. А вот Аристотель, наоборот, был противником такого подхода [5].

«Смертью из жалости» называлось ее применение к психически больным людям и инвалидам в Германии после прихода к власти нацистов. того, как Гитлер развязал войну в Европе в 1939 году. Так уничтожали «неполноценные жизни».

Проблема эвтаназии и добровольного ухода из жизни неизлечимо больного человека широко обсуждается на Западе с конца 50-х годов. Считается, что одной из причин этого стала огласка практики американского врача-патологоанатома Джека Кеворкяна. В 1958 году доктор Кеворкян опубликовал в печати ряд статей, в которых призывал безболезненно лишать жизни преступников, приговоренных к смертной казни, а их тела использовать для научных опытов, отдельные органы для пересадочных операций. Позднее, став свидетелем бессмысленно-жестоких самоубийств, он пришел к мысли, что отчаявшимся, безнадежно больным людям, решившим покончить с жизнью, необходима в этом помощь. От словесных и газетных выступлений Кеворкян перешел к делу и запатентовал свое изобретение, названное впоследствии журналистами «машиной смерти». С помощью этого приспособления в виде капельницы можно быстро и безболезненно умерщвлять людей. В аппарате было предусмотрено и специальное устройство для прерывания процедуры в случае, если доброволец неожиданно изменит свое решение. В дальнейшем он усовершенствовал «суицидальную» (убийственную) машину, снабдив ее маской с автоматической подачей смертельной дозы углекислого газа. Уже многие безнадежно больные люди воспользовались этим аппаратом в присутствии его автора и при его консультации. В США это вызвало негодование общественности. Беспокойство это связано, прежде всего, с тем, что бывший патологоанатом единолично, без консилиума врачей-специалистов определяет фатальность болезни и ассистирует в подобных делах. За четверть века Джек Кеворкян остановил жизнь около 130 больных. Многолетняя тяжба его с судами штата Мичиган, несколько раз его оправдывавшим, закончилась его осуждением. Еще раньше профессиональная ассоциация американских медиков лишила его звания врача. Сам он получил прозвание «доктор-смерть».

Пионером в области легализации добровольной смерти стали Нидерланды. С 1 апреля 2002 года Нидерланды стали первой страной в мире, законодательно закрепившей за смертельно больными пациентами право на активную эвтаназию. Согласно закону, смертельная процедура может быть применена к больным не моложе 12 лет и осуществлена только по требованию пациента, если будет доказано, что его страдания невыносимы, болезнь неизлечима, и врачи не могут ничем помочь. Для детей старше 12 лет обязательным условием является согласие родителей. При этом обязательно требуется повторное согласие самого пациента. Решение уполномочены выносить как минимум два врача, а в случае сомнения дело рассматривается прокуратурой.

Также эвтаназия разрешена в Бельгии, Голландии, Швейцарии (в кантоне Цюрих), Люксембурге, Канаде, в некоторых штатах США (Вашингтон, Вермонт, Джорджия и Орегон).

В середине 90-х в северной части Австралии практиковалась эвтаназия, однако, после вмешательства федеральных властей такая практика была запрещена. В 1998 году эвтаназия была узаконена на Северных территориях (административная единица Австралии) – там врач мог помочь пациенту уйти из жизни, прописав ему соответствующие лекарства или сделав инъекцию. Однако полгода спустя и этот закон отменили. Сейчас в Австралии эвтаназия запрещена. Самый неожиданный и, возможно, самый циничный способ добровольного ухода из жизни изобрел австралийский доктор Филипп Ницшке. Измученному безнадежной борьбой за жизнь пациенту предлагается сыграть с компьютером. В случае проигрыша на экране появляется вежливый вопрос: «Завершить игру?» Получив утвердительный ответ, электронный партнер дает сигнал механизму, который производит смертельную инъекцию в вену. За период с сентября 1996 по март 1997-го, пока на Северной территории Австралии действовал закон, разрешающий эвтаназию, доктор Ницшке помог свести счеты с жизнью столь современным способом четырем несчастным. После того как федеральный парламент отменил этот закон, «машина смерти» перекочевала в Лондон, стала экспонатом Музея наук. В самой Австралии демонстрировать ее запрещено [6].

В России любая форма эвтаназии запрещена. В 45-ой статье Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ст. 45) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сказано: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» [1]. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан предусматривают отказ пациента от медицинского вмешательства (ст. 33). В таких случаях больному или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия, о чём оформляется специальная запись в медицинской документации, подписываемая врачом, больным или его законным представителем.

С позиции сторонников запрета эвтаназии можно привести такие доводы:

- после легализации данной процедуры возрастает вероятность злоупотребления со стороны медицинских работников;
- правовой скептицизм общества способствует неправильному пониманию эвтаназии;
- религиозность страны не позволяет ввести данную процедуру.

Как прокомментировал эту проблему Епископ Бронницкий Амвросий: «Церковь определяет эвтаназию как самоубийство и убийство. Пропаганда самоубийства является крайней степенью отпадения от Бога. Люди, выступающие за легализацию этого греха, являются безрелигиозными и совершают тяжелый грех против Бога – источника жизни. Бог бесконечно больше любит человека, нежели те люди, которые под видом сострадания пытаются вмешаться в действие Промысла Божия о спасении человека. Страдания подчас являются очистительными и ведут к спасению и славе в

жизни будущего века. Вместе с тем священнослужители на опыте знают, как после молитвы, соборования и причащения абсолютно безнадежные больные возвращались к нормальной жизни. Инициаторы эвтаназии выступают против Бога и фактически являются не просто неверующими в Бога и в будущую жизнь людьми, – а богоборцами. Эвтаназию нельзя рассматривать иначе, как форму скрытого или открытого сатанизма. Разлучение души от тела, так же, как и рождение человека принадлежит только Богу. Только Он является источником воскресения, жизни и упокоения. Ужасно, когда врачей, призванных охранять здоровье и жизнь людей, предполагают сделать орудиями убийства» [8].

С позиции сторонников введения эвтаназии можно привести следующие аргументы:

- если человек имеет право на жизнь, то он имеет и право на смерть;
- запрет эвтаназии противоречит принципам обеспечения свободы и человеческого достоинства.

Мнения людей относительно данной процедуры зависят не только от личных домыслов, но и от религиозной составляющей их жизни. Ведь религия и по сей день занимает важную позицию в жизни многих людей. В разных конфессиях выдвигаются разные мысли по этому вопросу.

Относительно ислама можно сказать, что Всевышний создатель является полноправным хозяином жизни человека, человек же – является его служителем на земле. Человек по своей воле может устанавливать для себя некоторые правила и исполнять их. Но на жизнь, данную ему Богом, он посягать не имеет права. Посягать на свою жизнь – есть убийство. Ибо Всевышний в Коране говорит: «Не убивайте самих себя, ведь Аллах милостив к вам»; «Не убивайте душу, которую Аллах запретил убивать, если только у вас нет на это права. Это заповедал вам Аллах. Быть может, вы уразумеете»; «Не убивайте своих детей, опасаясь нищеты, ведь мы обеспечиваем пропитанием их вместе с вами. Воистину, убивать детей – тяжкий грех». Из этих аятов мы понимаем, что ислам категорически против эвтаназии.

Как и в индуизме, у буддистов нет централизованной религиозной власти, которая бы объявляла о доктрине и этике. Буддизм – это гибкая и умеренная религиозная система, и на практике местные обычаи порой будут играть куда более важную роль во взаимоотношениях врача и пациента, чем вся буддистская доктрина. Сейчас, когда буддизм уже вписался в западную культуру, многие более «традиционные» последователи Будды модернизировали свои взгляды на смерть и умирание. Например, эта точка зрения очевидна в отношении западных буддистов к донорству органов. Обычно буддизм базируется на основе той культуры, в которой он принят. Поэтому отношение буддистов к болезни и смерти могут значительно отличаться у населения Индии, Тибета, Таиланда, Японии и Западного мира. Поэтому очень важно, прямо спросить и пациента, и семью, как конкретно их культура относится к той или иной проблеме. Однако некоторые аспекты будут одинаковы для всех буддистов, так как у них нет морального требования и обязательств сохранять жизнь любой ценой – это отрицание общечеловеческих гуманитарных ценностей. Купирование боли и принцип двойного эффекта допустимы, но буддисты считают, что очень важно встретить смерть в ясном сознании. Поэтому некоторые из них отказываются от обезболивания и седации. Эвтаназия или убийство из милосердия неприемлемы. Лечение в терминальном периоде должно быть доступным, буддисты поддерживают хосписное движение [9].

Огромная проблема для современной медицины – это онкологические заболевания. Боль и одиночество – удел большинства онкологических больных. Какова медицинская практика ухода за такими больными? В различных странах эти вопросы решаются по-разному в зависимости от экономических возможностей, религиозных, национальных традиций, уважения к человеку и готовности помочь немощному и безнадежно больному. С этой целью создаются специальные лечебные учреждения – хосписы, реализующие централизованную программу паллиативной и поддерживающей помощи для умирающих больных и их семей в форме соматического, психологического, социального и духовного попечения, в которых пациенты чувствуют, что живут полноценной духовной жизнью, а не доживают свой век в страшных муках и агонии.

В 60-х годах два врача – Э. Кюблер-Росс и С. Сондерс, положили начало движению, которое ставило своей целью изменить медицину так, чтобы она могла обслуживать специальные потребности умирающих пациентов и их семей.

Некоторые лидеры хосписного движения доказывают, что просьбы о смерти с участием врача возникают только тогда, когда люди не знают, как действует современное хосписное обслуживание. Здесь царит удивительно доброжелательная и доверительная атмосфера, которая позволяет пациенту чувствовать себя комфортно. Хоспис никогда не отнимает у людей надежду выздороветь. Шанс всегда есть – возможны ошибки в постановке диагноза или случаи невероятного самоисцеления организма. И если все надежды рухнули, остается последняя – на достойное завершение жизненного пути. Сущность паллиативной помощи – не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного, применении обезболивающих средств [10].

А созданы ли у нас в стране сейчас все необходимые условия в альтернативу эвтаназии?

В России первый хоспис появился в 1990 году в Санкт-Петербурге по инициативе Виктора Зорза – английского журналиста и активного участника хосписного движения. Первым врачом Первого хосписа в России стал Андрей Владимирович Гнездилов. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британское благотворительное общество «Хоспис» для оказания профессиональной поддержки российским хосписам. В 1992 году в Москве организуется небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогающая неизлечимо больным на дому. В 1994 году при финансовой и административной поддержке правительства Москвы, в центре города, на улице Довато-ра открывается новое здание для Первого Московского хосписа. Создателем и главным врачом Первого Московского хосписа стала Вера Васильевна Миллионщикова. Стационар Первого московского хосписа рассчитан на 30 пациентов, на выездной службе наблюдаются около 350 человек. Каждый год в Первом московском хосписе получают помощь порядка 2 000 пациентов и тысячи родственников. В честь Веры Миллионщиковой в 2006 году создан Фонд «Вера». Основательницей фонда является Анна Федермессер – дочь Веры Миллионщиковой и Константина Федермессера, основоположника советской акушерской анестезиологии.

Рак не щадит никого и не знает социальных и возрастных различий. В палатах хосписа оказываются и одинокие, и окруженные любящими родственниками люди, образованные и необразованные, пожилые и юные [11].

В центре есть свои особенности, проявляющиеся даже в правилах ухода за больными. Они связаны с философией хосписной помощи: здесь в центре всего пациент, его личность.

Здесь работают над тем, чтобы соблюдать интимность, например, не менять пациенту подгузник без ширмы. Потому что одно из главных правил паллиативной медицины – соблюдать уважение к пациенту и сохранять его достоинство до самого конца.

Периодически в центр приезжает священник, который исповедует всех желающих. Что, конечно, особенно важно для воцерковленных людей, которые физически не могут добраться до храма. При желании пациентов сюда может прийти также представитель любой другой религии.

Для пациентов, родственников и персонала устраиваются пикники и праздники. К еде здесь относятся очень внимательно: пациентов стараются кормить не «как в больнице», а приносить им что-то домашнее, напоминающее о семье.

В отличие от большинства медучреждений, центр круглосуточно открыт для родственников пациентов, причем не только для взрослых, но и для детей. «Нашим пациентам много не надо. Им нужно вкус-

но поесть. Им нужно обязательно увидеть небо. Попить чай в хорошей компании. Посмотреть телевизор. Это ли не счастье – когда у тебя есть возможность продолжать жить, находясь в стенах больницы?» – Ольга Эбич, координатор фонда «Вера» [12].

Если философски смотреть на жизнь, мы знаем, что нет жизни без смерти, понятие жизни может быть оценено только с позиции смерти. А лучше всего – чтоб смерти не было. Чтобы были вечно цветущие восемнадцать лет, и соловьи, и дорога в поле, и первая любовь – и чтобы все это навсегда. И чтобы близкие не умирали, и родители были рядом, и бабушка здорова, и дед бравый и веселый, и сам ты – неуязвимый и бессмертный, как бывает только в юности и детстве.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Российская газета, №263, 23.11.2011.
2. Хачак Б.Н., Кишея Ю. Формы эвтаназии // Наука в современном информационном обществе. Материалы XVIII международной научно-практической конференции. 2019. С. 86-88.
3. Капинус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление (Уголовно-правовые проблемы) // Автореф. дис. ... д-ра юридических наук. Рос. ун-т дружбы народов (РУДН). Москва, 2006.
4. Знаков В.В. Активная и пассивная эвтаназия: как ее понимают россияне (на примере жителей Смоленска и Самары) // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. 2009. №3 (56). С. 168-175.
5. Чернышева Ю.А Уголовно-правовые вопросы причинения смерти потерпевшему по его просьбе (эвтаназия) // Автореф. дисс. на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Московский государственный лингвистический университет. Москва, 2008.
6. Ахметшин Р.Э., Ким Е.В. Зарубежный опыт легализации эвтаназии // Ученые заметки ТОГУ. 2013. Т. 4. №4. С. 2096-2075.
7. Дородных Д.С., Корнева А.Р., Письменов В.Н. Проблемы эвтаназии в Российском законодательстве // Права человека: история, теория, практика сборник научных статей пятой Всероссийской научно-практической конференции. 2016. С. 73-77.
8. Эвтаназия – это убийство, а врач – не палач, 2007 [Электронный ресурс] URL: https://www.pravmir.ru/evtanaziya-eto-ubijstvo-a-vrach-ne-palach/ (дата обращения 03.06.2019).
9. Точка зрения основных мировых религий на решения, касающиеся окончания жизни в отделении интенсивной терапии, [Электронный ресурс] URL: http://www.critical.ru/actual/etica/religion.htm (дата обращения: 03.06.2019).
10. Хоспис и эвтаназия: «Социологический аспект» Волкова Т.И. г. Челябинск, [Электронный ресурс] URL: http://www.chelsma.ru/nodes/6224/ (дата обращения 03.06.2019).
11. Фонд помощи хосписам Вера // история фонда, [Электронный ресурс] URL: https://www.hospicefund.ru/fund/history/ (дата обращения 03.06.2019).
12. «Хоспис – дом для пациентов. Мы – хозяева этого дома», Бэлла Волкова, [Электронный ресурс] URL: https://tass.ru/spec/pallium (дата обращения 03.06.2019).

Об авторах:

Иванова Екатерина Александровна – студентка 1-ого курса СПО МПД Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, 89180635600.ru@gmail.com

Журилов Николай Владимирович – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, nikolayzhurilov@bk.ru

Ekaterina Alexandrovna Ivanova – student first course of Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Nikolay Vladimirovich Zhurilov – associate professor of medical law chair Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Иванова Е.А., Журилов Н.В., 2019

Лебеденко М.А., Лузанова И.М.

БИОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ПОЛИГРАФА КАК ИНСТРУМЕНТ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В статье предлагаются новые возможности применения диагностики эмоционального выгорания медицинских работников. Рассмотренная методика, разработанная В.В. Бойко, базируется на использовании полиграфа. Также в статье указываются возможности использования данной методики для определения психофизиологических качеств врача после медицинского инцидента как потенциал для аргументации невиновного причинения вреда при оказании медицинской помощи, и, впоследствии, предотвращения привлечения к уголовной ответственности.

Ключевые слова: *полиграф, синдром эмоционального выгорания, невиновное причинение вреда*

Maksim Lebedenko, Inna Luzanova

BIOMEDICAL RESEARCH BY POLYGRAPH AS A TOOL FOR DETECTING EMOTIONAL BURNOUT OF HEALTH WORKERS

There is a diagnosis method suggested by V.V. Boiko for detecting burnouts on a workplace using a biomedical device - polygraph. This article proposes new ways of using this method specifically for detecting and preventing burnout of medical workers. Then, the article reveals the opportunities for determining medical workers' psychophysiological features after a medical incident and use them to prove the innocent harm in medical care.

Keywords: *polygraph, burnout syndrome, innocent harm*

Успешная работа медицинской организации и качество оказываемой медицинской помощи помимо множества различных факторов напрямую зависит от стабильного психоэмоционального состояния и психического здоровья медработников. Этот критерий также определяет эффективный и безопасный режим работы медицинской организации в целом [5, с. 89].

Многие отечественные и зарубежные исследователи обосновывают необходимость тщательного изучения эмоционального состояния и психического здоровья медицинских работников. Это внимание абсолютно обоснованно, так как профессия врача имеет огромную социальную важность. Врач ответственен не только за физическое здоровье доверившего ему жизнь пациента, но и за его психическое состояние и адаптацию в социуме. Этот спектр обязанностей ложится огромным грузом на плечи врача и неудивительно, что в рамках интенсивной медицинской профессиональной деятельности личность медработника подвергается непрекращающемуся давлению со стороны различных психотравмирующих обстоятельств. Множественные психологические и организационные трудности в первую очередь приводят к эмоциональному выгоранию, а в случае дальнейшего развития и воздействия психотравмирующей ситуации могут привести к развитию пограничных состояний психического здоровья.

Под эмоциональным выгоранием мы понимаем выработанный личностью механизм психологической защиты в форме

полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия, что в последующем может привести к неадекватной оценке своих и чужих действий и социального и психологического значения различных (рабочих, конфликтных, межличностных) ситуаций.

Важность своевременного выявления и предотвращения эмоционального выгорания и возможного пограничного состояния психики медработника очевидна любому здравомыслящему специалисту и руководителю. Данной цели призваны служить множество разработанных и апробированных диагностик выявления указанных синдромов.

Здесь объектами диагностики могут быть следующие особенности исследуемого работника:

- психофизиологические;
- индивидуально-психологические;
- социальная и профессиональная направленность;
- эмоциональная и мотивационная сферы.

Работая со всем комплексом индивидуальных особенностей исследуемого субъекта, наряду с другими методиками, широкое применение получила методика диагностики уровня эмоционального выгорания, разработанная В.В. Бойко [2, с. 24-25].

Эта методика представляет собой научно разработанные опросники применимые к разным видам деятельности и ключ-матрицу для определения фазы стресса. Она позволяет диагностировать симптомы эмоционального выгорания и определить, к какой фазе стресса они относятся: «напряжения», «резистенции», «истощения».

Наиболее эффективна данная методика при проведении устного опроса исследуемого с наблюдением и фиксацией реакций на поставленные вопросы. Так же целесообразно предварительное применение данной методики в комплексе с методиками выявления пограничного состояния психического здоровья исследуемого работника, обусловленного напряжёнными условиями труда и психотравмирующими ситуациями.

Однако, при применении методик необходимо принимать во внимание то, что медработники, а особенно высококвалифицированные врачи в силу специфики образования и работы на высоком интеллектуально-волевом уровне более резистентны к тестам и иным подобным методикам.

Здесь, при исследовании, эффективно использование биомедицинского прибора – полиграфа, применяемого в интересах самого исследуемого и позволяющего точно определить его эмоциональные реакции на вопросы. При данном исследовании тождественно накладываются друг на друга выявляемые методикой симптомы «напряжения», «резистенции», «истощения» и определяемые полиграфом при опросе показатели: «возбуждение», «самоконтроль», «внутренняя агрессия» [3, с 23-24].

Практика применения полиграфа показывает, что в основном возможно использовать при опросе не весь спектр датчиков, надев которые на голову, грудь, живот, плечи и пальцы рук исследуемый находится уже в тревожном состоянии. Наиболее эффективные датчики снятия эмоционального состояния – датчики кожно-гальванической реакции (КГР) (считывают величины и амплитуды КГР человека), одни из наиболее чувствительных и информативных датчиков, и датчики фотоплетизмограммы (ФПГ), считывающие показатели сердечно-сосудистой деятельности человека. Датчики дают возможность выявлять целый комплекс изменений в организме, вызванных эмоциональным напряжением, и могут служить надёжным индикатором их величины [4, с. 4-5]. Применяя два указанных датчика, удобно крепящихся на пальцах, или заменяемых на высокочувствительные пластины, можно без доставления дополнительных тревожных неудобств проводить диагностику, результаты которой будут в наибольшей степени отражать истинное эмоциональное состояние исследуемого.

Врачи, во время или после многочасового дежурства, принимают решения в условиях крайнего дефицита времени, испытывая значительные физические и психические перегрузки. К субъективным факторам, приводящим к неблагоприятному исходу в медицинской практике, можно отнести и чрезмерную усталость медицинского работника. Однако доказать наличие условий, предусмотренных

гипотезой нормы части 2 статьи 28 УК РФ на практике очень трудно. В части 2 статьи 28 говориться: «Деяние признается также совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам» [1].

Очевидным является то, что исследованный и описанный синдром эмоционального выгорания имеет непосредственное отношение к состоянию человека, отраженному в ч. 2 ст. 28 УК РФ, поскольку находящийся в нём специалист фактически утрачивает необходимый и достаточный уровень «…психофизиологических качеств…», который мог бы соответствовать «…требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам…» [1].

Проведение каких-либо исследований психофизического состояния специалиста с целью объективного выявления у него признаков, позволяющих подтвердить наличие эмоционального выгорания post factum, в процессе административного, гражданского или уголовного процесса, связанного с каким-либо инцидентом, возникшим при оказании медицинской помощи пациенту, утрачивает всякий смысл, поскольку на это время он оказывается подвергнутым целому ряду иных, помимо профессиональных, стрессовых воздействий. Соответственно, поскольку объективно дифференцировать друг от друга эти группы воздействий не представляется возможным, совершенно актуальной является задача по организации проведения предварительного наблюдения за состоянием специалистов, включающего в себя весь комплекс диагностических методик, включая полиграф.

С учетом современного состояния отечественной системы здравоохранения и обусловленных этим сложных условий работы специалистов, как правило, постоянно находящихся в обстоятельствах, требующих решения задачи выбора между достаточным количеством заработной платы и избыточным временем работы – задачи, практически не имеющей сегодня решения, – лица с различным мировозрением, соответственно, имеющие различную устойчивость к синдрому эмоционального выгорания, могут проявлять по отношению к нему как симуляцию, так и аггравацию, что в любом случае может иметь неблагоприятные последствия.

Указанное обстоятельство, по нашему мнению, выступает в качестве дополнительного подтверждения необходимости систематического предварительного наблюдения за психоэмоциональным состоянием специалистов, его мониторинга. Оно не только способно обеспечить профилактику дефектов оказания медицинской помощи, вызванных переутомлением и истощением психофизического состояния работника, но и, в ряде случаев, обеспечить объективное доказательство невиновного причинения вреда или смерти пациенту, посредством оценки условий труда врача.

Исходя из всего изложенного выше, мы считаем целесообразным внедрение в практику работы медицинских учреждений использование методов, направленных на проведение объективного исследования психоэмоционального состояния сотрудников, относящихся к соответствующим группам риска.

Список литературы:

1. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.05.2019) // URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 29.05.2019)
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении // СПб: Питер, 1999. 105 с.
3. Звёздочкина Н.В. Исследование психофизиологического состояния человека с помощью полиграфа: Учебно-методическое пособие // Казань: Казанский университет, 2015. 65 с.

4. Калашников В.Н. Электрическое сопротивление кожи как индикатор психофизиологического состояния человека [Электронный ресурс] // URL: http://www.osoznanie.biz/info/concept_gar.pdf (дата обращения: 29.05.2019).
5. Миков Д.Р., Кулеш А.М., Муравьев С.В. и др. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. №1. С. 88-97.

Об авторах:

Лебеденко Максим Алексеевич – ассистент кафедры судебной медицины и правоведения Оренбургского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Оренбург, lebedenko83@yandex.ru

Лузанова Инна Михайловна – доцент кафедры судебной медицины и правоведения Оренбургского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, Оренбург, illuz904@gmail.com

Maksim Alekseevich Lebedenko – assistant of the department of Forensic Medicine and Law, Orenburg State Medical University, Orenburg

Inna Mikhailovna Luzanova – associate professor of the Department of Forensic Medicine and Law, Orenburg State Medical University, PhD in Medicine, Orenburg

© Лебеденко М.А., Лузанова И.М., 2019

Посадкова М.В.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ: ОПЫТ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «ПОДСОЛНУХ»

В статье приводится анализ и классификация основных причин отказа в бесплатном лекарственном обеспечении пациентам с врожденными нарушениями иммунитета. С целью создания условий для дальнейшей дискуссии автором дается оценка действующему правовому регулированию и правоприменительной практике (на примере Конституционного Суда и Верховного Суда России) по наиболее спорным медицинским вопросам. На основании проведенного исследования предлагаются конкретные рекомендации по совершенствованию сложившейся правовой ситуации в сфере здравоохранения: создание электронной системы перераспределения лекарственных препаратов в регионе; утверждение и ежегодная актуализация перечня препаратов, закупка которых осуществляется по торговым наименованиям; учет в процессе правоприменения практики Высших судов, а также включение ранней генетической диагностики (скрининг, пренатальная и преимплантационная) в программу обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: *медицинское право, права пациента, право на охрану здоровья, право на медицинскую помощь, иммунитет, первичный иммунодефицит, бесплатное лекарственное обеспечение, качество жизни, правоприменение, перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, торговое наименование, международное непатентованное наименование, индивидуальная закупка, врачебная комиссия, дженерики, программа обязательного медицинского страхования, генетическая диагностика, пренатальная диагностика, преимплантационная диагностика*

Maria Posadkova

LEGAL REGULATION OF THE RIGHT TO HEALTH AND MEDICAL CARE: THE EXPERIENCE OF THE CHARITY FUND «SUNFLOWER»

The article provides an analysis and classification of the main reasons for refusal of free drug provision to patients with congenital immune disorders. In order to create conditions for further discussion, the author assesses the current legal regulation and law enforcement practice (on the example of the constitutional Court and the Supreme Court of Russia) on the most controversial medical issues. On the basis of the study, specific recommendations are proposed to improve the current legal situation in the field of health care: the creation of an electronic system of redistribution of drugs in the region; the approval and annual updating of the list of drugs, the purchase of which is carried out by trade names; accounting in the process of law enforcement of the practice of Higher courts, as well as the inclusion of early genetic diagnosis (screening, prenatal and preimplantation) in the program of compulsory health insurance.

Keywords: *medical law, patient rights, right to health care, right to medical care, immunity, primary immunodeficiency, free drug provision, quality of life, law enforcement, list of essential and essential drugs, trade name, international nonproprietary name, individual purchase, medical Commission, generics, compulsory health insurance program, genetic diagnosis, prenatal diagnosis, preimplantation diagnosis*

«Здоровье человека – это высшее неотчуждаемое благо, без которого теряют свое значение многие другие блага и ценности»

Из Определения Конституционного Суда Российской Федерации

Здоровье и медицинская помощь относятся к высшими ценностями и благам, без которых утрачивают значение иные конституционные права и свободы, что обусловлено их непосредственной важностью для каждого человека. При этом четко не определены гарантии такого высшего блага, а также пропорциональные способы конституционной защиты этого права и ограничения иных, противоречащих ему интересов.

Сегодня здоровье человека представляется не столько самостоятельной «личной» величиной, сколько рассматривается через призму общественных усилий и ресурсов по его поддержанию. Отсюда, «коренная методологическая проблема современной медицины» – это «проблема соотношения социального и биологического в жизнедеятельности человека» [21, с. 12].

Благотворительный Фонд «ПОДСОЛНУХ» (далее также – Фонд) – это первая и единственная организация в России, которая занимается помощью пациентам с заболеваниями, вовлекающими иммунный механизм системно. Фонд оказывает помощь детям и взрослым с врожденными нарушениями иммунитета: Первичный иммунодефицит, Ювенильный ревматоидный артрит, Системная Красная волчанка. Проекты Фонда способствуют улучшению диагностики, лечения и качества жизни пациентов. Вместе с тем само по себе наличие у пациентов необходимости в оплате лечения и диагностики из средств благотворителей является результатом отсутствия надлежащего правового механизма реализации и защиты прав пациентов на государственном уровне: как федеральном, так и региональном.

Почти за 26 лет после принятия Конституции Российской Федерации, закрепившей конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь, и за 8 лет после принятия Федерального Закона «Об основах охрану здоровья граждан» многие отношения, возникающие в сфере здравоохранения до сих пор остаются законодательно не урегулированными или же урегулированными не в полном объеме и требуют уточнений и детализаций. Вместе с тем и правоприменительная практика в данной области также не отличается стабильностью и однозначностью, а порой, полностью расходится с законодательными положениями. Следовательно, современное правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения вряд ли можно признать завершенным.

В связи с этим важнейшую роль в деятельности Фонда занимает проект «Правовой иммунитет», основной задачей которого является правовая консультация и защита прав пациентов. Юристы Фонда осуществляют юридическое сопровождение подопечных: от составления и подачи заявления по месту жительства до сопровождения дела в судебных инстанциях; сопровождают подопечных при прохождении медико-социальной экспертизы; занимаются законотворческой и лоббистской деятельностью на системном уровне. Так, в 2018 г после подготовки юристами Фонда более 300 обращений по лекарственному обеспечению и инвалидности в государственные органы и учреждения уже 160 подопечных обеспечены лекарственными препаратами по месту жительства, 58 подопечных находятся в процессе получения и только 2 подопечных не получают препараты, в связи с тем, что самостоятельно отказались от ведения правовой активности.

Отсутствие четко обозначенного правового статуса пациентов с Первичным иммунодефицитом и аутоиммунными заболеваниями приводит к правовой неопределенности и создает дополнительные препятствия для льготного лекарственного обеспечения пациентов. Это подтверждается собранными Фондом статистическими

данными по основаниям отсутствия бесплатного лекарственного обеспечения пациентов по месту жительства в 2018 году.

Так, задержка в предоставлении препарата в связи отсутствием препарата на складе (например, аукцион был признан несостоявшимся, отсутствие финансирования) составила 43%, отказ в выдаче препарата по торговому наименованию – 23%, отказ в обеспечении при отсутствии инвалидности – 12%, отказ при отсутствии препарата в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее также – ЖНВЛП) – 8%, отказ в выдаче препарата off – label – 5%. Оставшиеся 9% составляют иные причины отсутствия препарата по месту жительства, повторяющиеся с меньшей периодичностью.

На основании вышеизложенного можно выделить ключевые причины отсутствия бесплатного лекарственного обеспечения по месту жительства:

- отсутствие надлежащей реализации органами государственной власти федерального законодательства в регионах;
- неопределенность и несогласованность установленного правового регулирования и правоприменительной практики;
- пробельность правового регулирования новых медицинских технологий.

Большая часть причин отказа в бесплатном лекарственном обеспечении наших подопечных связана не с несовершенствами законодательства, а с проблемами в правоприменении. Так, например, органы исполнительной власти субъектов России в сфере здравоохранения очень часто игнорируют наличие законодательно установленной обязанности по осуществлению индивидуальной закупки у единственного поставщика без проведения торгов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость и (или) по жизненным показаниям; по решению врачебной комиссии), задерживая выдачу препарата от 1 до 6 месяцев при признании аукциона несостоявшимся [4, ст. 93].

Кроме того, у пациентов постоянно возникают серьезные трудности с получением препарата при отсутствии инвалидности или же при отсутствии препарата в перечне ЖНВЛП. При этом ни врач, ни орган исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения при первичном обращении не обращают внимания на наличии иных, не менее значимых оснований для получения препаратов бесплатно или с установленной законом скидкой. В связи с этим пациенту важно знать все законодательно предусмотренные основания для бесплатного лекарственного обеспечение (льготного обеспечения) самостоятельно.

В случае пациентов нарушениями иммунитета, к ним относятся следующие основания:

- дети первых трех лет жизни;
- дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет;
- наличие инвалидности (категория ребенок-инвалид, инвалид I, II и III группы);
- вхождение препарата в перечень ЖНВЛП по программе ОМС в дневных и круглосуточных стационарах;
- наличие гематологического заболевания (ПИД включен в перечень по КОДу МКБ-10) или ревматологического заболевания;
- по территориальной программе государственных гарантий (в случае ее расширения) [6].

При наличии хотя бы одного из перечисленных оснований, пациент имеет право на бесплатное лекарственное обеспечение, а в таком случае необходимым и достаточным представляется грамотная правовая защита своих прав сначала в административном, а потом, при необходимости, и в судебном порядке.

Существующая пробельность и несогласованность в законодательном регулировании создают для наименее защищенной стороны – пациента – еще большие трудности. Ярким примером может служить отказ в выдаче препарата по конкретному торговому наименованию, что в некоторых случаях (по жизненным показаниям) представляется исключительно важным для жизни и здоровья пациента.

Важно, что наименование каждого лекарственного препарата формируется из международного непатентованного (или

группировочного, химического) и торгового наименования [11]. Международное непатентованное наименование препарата выбирается в соответствии с наименованиями действующих веществ фармацевтической субстанции, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения. Торговое наименование выбирается самостоятельно разработчиком, держателем или владельцем регистрационного удостоверения лекарственного препарата. Практически каждый лекарственный препарат имеет одно международное непатентованное наименование, в то время как торговых наименований у препаратов может быть неограниченное количество. Препараты по торговому наименованию представляются дженериками – препаратами-аналогами, появившимися после истечения срока патентной защиты на оригинальный препарат [20, с. 24]. Действующее вещество и фармакологическая группа у этих препаратов одна и та же, но они не всегда могут считаться взаимозаменяемыми для конкретного пациента по индивидуальным показаниям. Например, дженерики могут обладать особенными вспомогательными веществами и наполнителями, разной степенью очистки от вирусов, предусматривать различные способы введения (внутривенный или подкожный), а также разное количество препарата, допустимое для одномоментного введения, отличаться побочными эффектами. Такие препараты наиболее выгодны по стоимости для заказчика, ведь у их производителей нет необходимости в проведении их разработки и клинических исследований.

Интересно, что отечественная нормативно-правовая база предусматривает порядок назначения, выписывания и закупки препарата только по торговому наименованию, а именно в случае индивидуальной непереносимости и (или) по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии медицинской организации [10]. Автор полагает, что целью установления законодателем подобных положений было формирование баланса между свободой действия врача, проявляющейся, в том числе в его полномочии указывать в рецепте лекарственные средства по торговым наименованиям с учетом индивидуальных особенностей пациента и исходя из тяжести, характера заболеваний и стандартов его диагностики и лечения, а с другой стороны, реальными возможностями публичной власти по бесплатному оказанию медицинской помощи. Однако на практике больницы по месту жительства и министерства здравоохранения регионов не учитывают установленный правовой механизм, находя его недоработанным (в связи с отсутствием конкретного перечня препаратов), необязательным (установлен подзаконным актом), и неопределенным (отсутствие единообразного толкования), и обеспечивают пациентов препаратом по любому торговому наименованию, пока конкретные побочные эффекты не будут зафиксированы, что нередко подвергает жизнь и здоровье опасности. В таком случае, уполномоченные лица предпочитают заменять препарат аналогом или вовсе отказывать в обеспечении, а не искать альтернативные способы его государственной закупки.

Разрешение вышеуказанной проблемы в административном порядке представляется очень затруднительным, а то и вовсе невозможным, и в нашей практике чаще всего доходит до судебного разбирательства. Более того, несмотря на, казалось бы, установленное законодательное регулирование данный спор не раз становился предметом рассмотрения (толкования) Высших Судов Российской Федерации. Так, одним из наиболее интересных и значимых дел, рассмотренных Конституционными Судом в сфере оборота лекарственных средств, представляется дело по жалобе гражданки Шарафутдиновой, получившей отказ в обеспечении препаратом в соответствии с его торговым наименованием. Орган конституционного контроля не признал законодательно установленную норму не конституционной, но указал на наличие некоторой пробельности. Так, несмотря на то, что современное правовое регулирование уже предусматривает возможность осуществления закупки препарата именно по его торговому наименованию, оно рассматривается только как законодательно установленное право, а не обязанность за-

казчика. Как отмечает Конституционный Суд, неопределенность возникает из-за того, что отсутствуют положения, обязывающие осуществлять закупки лекарственных препаратов только в соответствии с их торговыми наименованиями, при том, что не все лекарственные средства являются полностью эквивалентными и взаимозаменяемыми [13].

Интересно, что Правительством Российской Федерации уже были утверждены Правила формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется только в соответствии с их торговыми наименованиями. Основанием для включения в такой перечень является невозможность замены препарата в рамках одного международного непатентованного наименования (или группировачного, или химического) с учетом показателей эффективности и безопасности данного препарата для конкретного пациента [8]. Однако данный перечень до сих пор не был сформирован. В этой связи следует поприветствовать решение Верховного Суда Российской Федерации, в котором тот прямо указал: «Отсутствие утвержденного Перечня лекарственных средств не исключает возможности приобретения заказчиком медицинских препаратов по торговому наименованию, при условии представления обоснования необходимости такой закупки с учетом объективной потребности в соответствующих препаратах, и не может служить непреодолимым препятствием для разрешения спорных вопросов, если от этого зависит реализация вытекающих из Конституции Российской Федерации прав и законных интересов граждан» [14].

Таким образом, автор считает, что необходимым и достаточным представляется обязать полномочные органы при отсутствии взаимозаменяемости и эквивалентности препаратов для конкретного пациента осуществлять закупку только в соответствии с их торговыми наименованиями, а также создать и постоянно пополнять перечень препаратов, которые могут быть назначены только по торговым наименованиям и который может быть предметом судебной проверки. В связи с этим, автор с некоторым опасением относится к принятому Государственной Думой закону об установлении государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, который, на наш взгляд, может не только не облегчить закупку препаратов по конкретным торговым наименованиям, но и затруднить ее или вовсе сделать невозможной, ввиду отсутствия на рынке поставщиков препаратов по государственно установленным ценам [5].

Замечу, что в данную «проблемную» категорию дел также можно отнести отказ в выдаче препарата off-label (наличие противопоказаний по инструкции) и отказ в выдаче незарегистрированного на территории Российской Федерации препарата. Путь получения таких препаратов по месту жительства достаточно непростой и практически всегда сопряжен с судебными разбирательствами на основании решения Врачебной Комиссии больницы по месту жительства. Интересным примером может служить жизненно необходимый препарат Имунноглобулин человека нормальный – по торговому наименованию «Гамунекс» (страна производитель – США), который практически в течение целого года находился на пересертификации, и в связи с этим был недоступен на рынке для пациентов, в то время как именно он являлся и продолжает оставаться единственным иммуноглобулином на территории России, для которого допустимо не только внутривенное, но и подкожное введение. И если в первое время Фонды находили возможность для закупки препарата, оставшегося в аптеках регионов, то по истечении времени пациенты оставались без обеспечения жизненно необходимым препаратом и были вынуждены пропускать заместительную терапию, что подвергало их жизни и здоровье опасности.

Кроме того, в настоящее время в деятельности Фонда мы все чаще сталкиваемся с жизненной необходимостью в закупке не зарегистрированного на территории России препарата «Анакинра». По информации из органов исполнительной власти разных субъектов закупка должна занять

около 5 месяцев, что катастрофически много для пациентов с генетичскими заболеваниями.

Таким образом, установленное правовое регулирование лекарственного обеспечения рассчитано на массового потребителя и не представляется дифференцированным, не учитывает исключительные обстоятельства конкретного дела. При этом предусмотренное ч. 1 ст. 41 Конституции право на охрану здоровья и медицинскую помощь, закрепляет обязанность государства гарантировать гражданам осуществление такого права в полном объеме, что в свою очередь, как отмечает Конституционный Суд, должно предусматривать реальную возможность пользоваться необходимыми лекарственными средствами независимо от их торгового наименования и места производства – в Российской Федерации или за ее пределами.

Вопросы фармацевтики и обращения лекарственных средств непосредственно затрагивают важнейшее конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь. При этом на законодательном уровне они не обеспечены рядом важнейших гарантий, не представляются дифференцированными и часто подвергаются несоразмерным ограничениям.

Действующее правовое регулирование в сфере снабжения лекарственными препаратами создает правовые условия для бесплатного лекарственного обеспечения, но в то же время свидетельствует о необходимости реформирования системы снабжения лечебных учреждений и фармаций лекарственными препаратами для льготных категорий граждан.

В то же время некоторые вопросы права на охрану здоровья и медицинскую помощь остаются вовсе не урегулированными на законодательном уровне. Так, хочется напомнить, что Первичные иммунодефициты представляют собой группу тяжелых генетически обусловленных заболеваний, распознать которые без проведения генетических анализов представляется затруднительным, а то и вовсе невозможным. При этом зная генетический дефект (мутацию), врачи понимают не только, как правильно лечить пациента, но и кого из родственников необходимо обследовать на предмет скрытой пока болезни. В связи с этим наиболее актуальными и необходимыми представляются передовые научные разработки в областях медицины и биоэтики, которые предоставляют возможность определить наличие или отсутствие дефектного гена у плода (пренатальная диагностика) или даже у эмбриона до его имплантации при экстракорпоральном оплодотворении (преимплантационная диагностика).

Однако внедрение таких технологических достижений в сфере медицины осуществляется без соответствующего правового регулирования, что, несомненно, препятствует надлежащему содействию и помощи лицам с генетическими заболеваниями, а также порождает новые правовые коллизии и споры. К сожалению, в настоящее время ни один из этих анализов не покрывается за счет бюджетных средств в рамках программы обязательного медицинского страхования (далее также – ОМС), а значит остается недоступным для достаточно большого количества пациентов.

На наш взгляд, включение генетических анализов в программу ОМС для лиц, страдающих определенными наследственными заболеваниями, не только предупредило бы прогрессирование генетического заболевания, а значит младенческую смертность или инвалидизацию от врожденных аномалий, но и снизило бы последующие экономические издержки для государства в целом.

Так, в докладе главного иммунолога Министерства Здравоохранения Московской области, главного педиатра ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы, профессора Андрея Петровича Продеуса на заседании Общественной Палаты Российской Федерации был приведен сравнительный анализ финансовых затрат государства до и после манифестации клинических проявлений и развития осложнений у пациентов с Первичным иммунодефицитом. Так, до манифестации клинических проявлений и развития осложнений затраты государства на 1 пациента в год составили 1 819 210 руб., в то время как после манифестации клинических проявле-

ний и развития осложнений затраты только за 2 месяца составили 4 089 885 руб. Получается, что предотвращенный экономический ущерб был около 2 270 675 руб. при заблаговременной постановке диагноза.

Для решения вышеуказанных проблем предлагается следующий комплекс мер:

1. Правительству Российской Федерации – создать электронную систему перераспределения лекарственных препаратов между медицинскими учреждениями в пределах региона, а также систему оповещения медицинских учреждений о состоявшейся закупке и наличию препаратов на складе в рамках поручения Президента Российской Федерации по реализации проекта «Электронное здравоохранение».

2. Правительству Российской Федерации – создать и утвердить, ежегодно актуализировать перечень лекарственных средств, закупка которых осуществляется только в соответствии с их торговыми наименованиями по жизненным показаниям.

3. Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов России – осуществить реализацию индивидуальной закупки препаратов по торговому наименованию, off–label, незарегистрированных на территории России по жизненным показаниям с учетом обязательных к применению правовых позиций Конституционного Суда и Верховного Суда Российской Федерации, направленных на учет индивидуальных обстоятельств конкретного дела (по жизненным показаниям и и(или) при наличии индивидуальной непереносимости).

4. Включить раннюю генетическую диагностику, пренатальную (поиск деффекта конкретного гена) и преимплатнационную диагностику пациентов с тяжелыми генетическими заболеваниями в программу ОМС в рамках поручения Президента Российской Федерации Правительству Российской Федерации «О снижении младенческой смертности».

Хочется надеяться, что рассматриваемые правовые пробелы и коллизии все-таки будут постепенно разрешены органами государственной власти с учетом прав и интересов пациентов, а предлагаемые нововведения помогут предупредить возникновение новых правовых конфликтов.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993г. (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) // СПС КонсультантПлюс UPL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 15.05.2019).
2. Федеральный Конституционный Закон от 21.07.1994 г. №1-ФЗ «О Конституционном Суде Российской Федерации» // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/10101207/ (дата обращения: 07.05.2019).
3. Федеральный Закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/57499516/ (дата обращения: 26.04.2019).
4. Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» 5.04.2013 г. №44-ФЗ // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/77676500/ (дата обращения: 20.05.2019).
5. Проект федерального закона №592388-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» в части государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» // СПС Гарант UPL: http://government.ru/activities/selection/302/34683/ (дата обращения: 20.05.2019).
6. Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» // СПС КонсультантПлюс UPL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4208/ (дата обращения: 20.05.2019).
7. Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 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» // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/70168888/ (дата обращения: 22.05.2019).
8. Постановление Правительства РФ от 28.11.2013 г. №1086 «Об утверждении Правил формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, и о внесении изменения в Положение о Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан» // СПС Гарант UPL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70422140/ (дата обращения: 28.05.2019).
9. Постановление Правительства РФ от 28.11.2013 г. №1086 «Об утверждении Правил формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, и о внесении изменения в Положение о Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан» // СПС Гарант UPL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70422140/ (дата обращения: 25.05.2019).
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5.05.2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/70190416/ (дата обращения: 27.05.2019).
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.06.2016 г. №429н «Об утверждении Правил рационального выбора наименований лекарственных препаратов для медицинского применения» // СПС Гарант UPL: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71430952/ (дата обращения: 27.05.2019).
12. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 06.08.2002 года №115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // СПС Гарант UPL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12027446/ (дата обращения: 11.05.2019).
13. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 04.02.2014 г. №373-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Шарафутдиновой Лейсан Ирековны на нарушение ее конституционных прав положениями части 2 статьи 71 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» и части 3.3 статьи 34 Федерального закона «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»// СПС Гарант UPL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70515458/ (дата обращения: 10.05.2019).
14. Президиум Верховного Суда Российской Федерации от 15.11.2017 г. «Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №4 (2017)» // Официальный сайт Верховного Суда РФ UPL: https://www.vsrf.ru/documents/practice/24411/ (дата обращения: 02.05.2019).
15. Всеобщая декларация прав человека от 10.11.1948 г. // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/10135532/ (дата обращения: 10.05.2019).

16. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16.12.1966 г. // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/2540291/ (дата обращения: 18.05.2019).
17. Конвенция о защите прав человека и основных свобод от 04.11.1950 г. // СПС КонсультантПлюс UPL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_29160/ (дата обращения: 18.05.2019).
18. Конвенция от 4.04.1997 г. «О защите прав и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» // СПС Гарант UPL: https://base.garant.ru/2562155/ (дата обращения: 23.05.2019).
19. Путило Н.В. Право граждан на лекарственное обеспечение. М.: Контракт, 2017. 193-217 с.
20. Царик Г.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение». Кемерово: Практика, 2012. 916 с.
21. Шабельский В. С. Оригинальные лекарственные средства и дженерики: существует ли оптимальный баланс на фармацевтическом рынке? // Молодой ученый. 2015. №8 (88). С. 684-689.

Об авторе:

Посадкова Мария Владимировна – магистр права, аспирант Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», юрист Благотворительного фонда помощи детям и взрослым с нарушениями иммунитета «ПОДСОЛНУХ», Москва, mp@fondpodsolnuh.ru

Maria Vladimirovna Posadkova – master of law, graduate student of the National research University «Higher school of Economics», lawyer of the Charitable Foundation for children and adults with immunity «SUNFLOWER», Moscow

© Посадкова М.В., 2019

Сергеев А.И.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СУБСИДИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

Настоящая статья посвящена правовым аспектам реализации программы государственной поддержки специалистов медицинского профиля, прибывающих на работу в сельскую и приравненные к ней местности «Земский доктор».

Программа реализуется с 2011 года по настоящее время, имеется обширная судебная практика по спорным ситуациям при ее реализации.

Приводится анализ и структурирование судебной практики по критерию массовости причин судебных разбирательств.

Определены несколько массовых типов коллизий: неверное исчисление сроков трудовых контрактов для целей программы; критерии попадания трудовых отношений в программу; нарушение порядка удержания налоговых платежей с суммы выплаты; нарушение порядка начисления штрафных санкций при возврате субсидии. Каждый из типов коллизий проиллюстрирован решениями судов.

Ключевые слова: *субсидирование, возврат субсидий, программа «Земский доктор», судебная практика*

Alexey Sergeev

LEGAL ASPECTS OF THE PRACTICAL IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF SUBSIDING MEDICAL WORKERS «ZEMSKY DOCTOR»

Current article have legal aspects of implementation of the program state care by medical specialists, they are arriving at work in rural and equal by them county – «Zemsky doctor».

The Program is realizing since 2011 at present time, it's having extensive judicial practice about disputing situations while it realizing.

The judicial practice are analyzing and structuring by massiving a criteria of reasons judicial trials.

Several mass type of legal conflicts identified: miscalculations of times of employment contracts for purposes of the program; criteria for entering employment relationship in the program; trespassing of the procedure for withholding tax payment of amount of the subsidy; trespassing of the procedure for accrual of fine in case for subsidy is refunding. Each of type conflict illustrated by the court's decision's.

Keywords: *subsidies, subsidies return, program «Zemsky doctor», judicial practice*

В конце 2011 года с принятием Государственной думой Российской Федерации Федерального закона «О внесении изменений в федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» в нашей стране официально стартовала программа поддержки молодых специалистов медицинского профиля, решивших связать свою карьеру с сельской и приравненной к ней местностью. Программе дали звучное, от-

дающее имперскими корнями название – «Земский доктор». Изначально в рамках программы могли получить поддержку в виде безвозмездной субсидии граждане Российской Федерации младше 35 лет, имеющие высшее медицинское образование, окончившие ординатуру и заключившие с сельским медицинским учреждением трудовой контракт на срок не менее 5 лет. При соблюдении ряда несложных условий молодой специалист получал безвозмездную невозвратную субсидию на любые нужды в размере одного миллиона рублей. В дальнейшем действие программы ежегодно продлялось, предельный возраст специалистов, имеющих право претендовать на нее увеличивался, и в настоящий момент составляет 50 лет [1, ст. 51, п. 12.1].

В 2012 году Министерство здравоохранения Российской Федерации выпустило письмо 10.08.2012 года №11-11/3089 с разъяснениями условий программы. Чтобы получить субсидию молодым врачам необходимо выполнить следующие условия:

- возраст молодого специалиста не должен превышать 50 лет (изначально была установлена возрастная планка в 35 лет);
- российское гражданство (приезжим из бывших республик Союза придется сначала получить российский паспорт);
- минимальный период, который необходимо отработать в сельской местности – пять лет;
- трудовой контракт должен быть заключен только по дипломной специализации;
- высшее образование, ординатура или интернатура;
- обязательное целевое использование предоставленной субсидии не предусматривается, то есть потратить предоставленный миллион можно на любые нужды.
- выплачивается компенсационная выплата за счет средств ФОМС, в которых суммируются региональные и федеральные поступления;
- НДФЛ получаемые средства не облагаются;
- если трудовой контракт будет расторгнут по инициативе любой из сторон до окончания 5-летнего срока, часть денег, пропорционально неотработанному периоду подлежит возврату в бюджет;
- в случае расторжения трудового контракта по инициативе работодателя по причине ненадлежащего исполнения трудовых обязанностей или нарушения трудовой дисциплины средства подлежат возврату в полном объеме [3].

За прошедшие без малого семь лет возможностью субсидирования воспользовались огромное количество специалистов по всей России. Но, как и в любых правоотношениях, в этой области стали возникать гражданско-правовые споры.

К наиболее распространенным причинам судебных разбирательств можно отнести:

- неверное исчисление сроков трудовых контрактов для целей программы;
- отсутствие (наличие) оснований для включения (исключения) трудовых отношений в программу;
- нарушение порядка удержания налоговых платежей с суммы выплаты;
- нарушение порядка начисления штрафных санкций при возврате субсидии.

Наиболее массовой категорией споров стали претензии со стороны властей в части соблюдения сроков трудовой деятельности.

Камень преткновения обнаружился в обязанности медицинского работника возвратить часть суммы субсидии пропорционально сроку, которого не хватило до обязательного пятилетнего стажа трудовой деятельности в сельской местности. И в этом вопросе вскрылось большое количество злоупотреблений, как со стороны молодых специалистов, так и со стороны властей. Разбираться в ситуации по существу приходится судам общей юрисдикции, которые к моменту написания настоящей статьи накопили большое количество судебной практики по этому вопросу.

Участие в программе оформляется системой соглашений. При соблюдении вышеназванных условий включения в программу молодому специалисту необходимо будет подписать трудовой контракт с сельской медицинской организацией на срок не менее 5 лет и, одновременно с этим договор с местным органом исполнительной власти, осуществляющим координацию программы в соответствующем субъекте Российской Федерации. Обычно эту функцию выполняет министерство здравоохранения региона.

При этом участнику программы необходимо учитывать, что фактическое начало течения пятилетнего срока для целей программы может начинаться не с момента начала непосредственной трудовой деятельности в сельской медицинской организации, а с момента подписания соглашения с органом исполнительной власти, а в отдельных случаях (предусмотренных договором) с момента фактического перечисления сумм единовременной компенсации специалисту.

Иными словами, в ряде регионов специалист должен отработать 5 лет не с момента подписания трудового контракта, а с момента перечисления суммы компенсационных выплат органом исполнительно власти. Эта особенность программы вызывает множество судебных споров, связанных с моментом определения начала течения срока. В таких ситуациях суды обычно исходят из буквального смысла заключенных между сторонами соглашений.

1. Для определения времени работы учитывается фактически отработанное специалистом время.

Решением Кетовского районного суда Курганской области по делу № 2-1709/2017 частично удовлетворены требования департамента здравоохранения Курганской области к медицинскому работнику З.

Департамент здравоохранения Курганской области обратился в суд с исковым заявлением к З. о взыскании части единовременной компенсационной выплаты.

В ходе рассмотрения дела по существу судом установлено, что 02.07.2012 между истцом и ответчиком, как медицинским работником, был заключен договор об осуществлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим (переехавшим) в 2011-2012 году на работу в сельский населенный пункт. Предметом договора являлось предоставление единовременно компенсационной выплаты в размере 1 000 000 руб. Указанная выплата З. была выплачена. Согласно п. 1.2 заключенного договора З., добровольно взял на себя обязательство отработать по специальности в течение пяти лет в ГБУ «Кетовская центральная районная больница».

12.04.2017 З. уволился по собственному желанию, данное основание прекращения трудового договора не входит в закрытый перечень случаев прекращения трудового договора, в соответствии с которым возврат части компенсационной выплаты не предусмотрен.

Департамент настаивал, что фактически отработанное время З. в ГБУ «Кетовская центральная районная больница» составляет 4 года 9 месяцев 11 дней, при положенных 60 месяцах.

З. в судебном заседании пояснил, что расчет отработанного времени должен быть исчислен с момента заключения трудового договора с ГБУ «Кетовская центральная районная больница» с 10.05.2012. При этом период отработанного времени с 10.05.2012 по 12.04.2017 составляет 1799 дней.

Вынося решение, суд указал, что из содержания п.1 договора между сторонами следует, что Департамент здравоохранения Курганской области обязуется в течение 30 дней с момента заключения договора перечислить на счет в банке, указанный в настоящем договоре, единовременную компенсационную выплату в размере 1 000 000 руб.

В соответствии с п. 2. вышеуказанного договора медицинский работник обязуется отработать в течение 5 лет по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключённым медицинским работником с ГБУ «Кетовская ЦРБ».

Согласно трудовому договору от 10.05.2012 З. принят в ГБУ «Кетовская ЦРБ». В соответствии с п. 1.4. трудовой договор заключен на неопределённый срок, дата начала работы 10.05.2012 (п. 1.5.). Согласно п. 1.6. договор вступает в силу с 10.05.2012. Работник принят без испытательного срока (п. 1.7).

Приказом ГБУ «Кетовская ЦРБ» от 12.04.2017 №113 З. уволен в соответствии с п.3

ч. 1 ст. 77 Трудового кодекса Российской Федерации по собственному желанию.

Суд не согласился с исчислением отработанного ответчиком периода с даты заключения договора на предоставление единовременных компенсационных выплат, а именно с 02.07.2012.

Исходя из условий предоставления единовременной компенсационной выплаты и условий договора от 02.07.2017, данные компенсационные выплаты связаны именно с исполнением З. трудового договора, заключенного с ГБУ «Кетовская ЦРБ».

Следовательно, расчет отработанного времени должен исчисляться с момента заключения трудового договора с ответчиком, т.е. с 10.05.2012 [5].

2. Если соглашением сторон предусмотрен срок начала исчисления трудового стажа отличный от даты заключения трудового контракта, исчисление пятилетнего срока начинается с даты установленной соглашением сторон.

Министерство здравоохранения Оренбургской области обратилось в суд с иском к Ж., указав, что 02 марта 2012 года между истцом и ответчиком заключен договор о единовременной компенсационной выплате в размере 1 000 000 рублей.

По условиям договора ответчик обязалась работать в течение пяти лет по основному месту работы в МУЗ «***» с 22 марта 2012 года по 21 марта 2017 года. В случае досрочного прекращения трудовых отношений медицинский работник обязан вернуть в бюджет часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному времени.

Трудовые отношения между ответчиком и медицинской организацией прекращены 22 января 2017 года по инициативе медицинского работника до истечения пятилетнего срока. На основании изложенного Министерство здравоохранения просило взыскать с ответчика в бюджет Оренбургской области часть единовременной компенсационной выплаты после прекращения трудового договора с медицинской организацией до истечения пятилетнего срока, штраф за неисполнение обязанностей, предусмотренных договором, проценты на сумму единовременной компенсационной выплаты за неправомерное удержание подлежащей возврату в бюджет Оренбургской области части единовременной компенсационной выплаты.

Решением Центрального районного суда г. Оренбурга исковые требования Министерства здравоохранения Оренбургской области удовлетворены. Апелляционной коллегией Оренбургского областного суда решение оставлено без изменения.

Вынося вышеназванные акты, суды указали, что на основании трудового договора Ж. была принята на работу в МБУЗ «***» (впоследствии ГБУЗ «***»).

02 марта 2012 года между Министерством здравоохранения Оренбургской области (Уполномоченный орган), МБУЗ «***» (Медицинская организация), Ж. (Получатель компенсации), заключен договор о предоставлении ответчику, прибывшей 2011 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт, единовременной компенсационной выплаты в размере 1 000 000 рублей (п. 1.1 договора).

По условиям договора Ж. обязалась работать в течение пяти лет по основному месту работы в соответствии с трудовым договором, заключенным с МУЗ «***» (п. 2.1 договора).

В соответствии с п. 6.1 договора за неисполнение либо ненадлежащее исполнение получателем компенсации обязанностей, предусмотренных настоящим договором, уполномоченный орган вправе потребовать от получателя компенсации денежную сумму, равную 1% от суммы единовременной компенсационной выплаты.

Согласно п. п. 6.2, 6.3 договора, в случае неправомерного удержания подлежащей возврату в бюджет Оренбургской области части единовременной компенсационной выплаты, уклонения от возврата, иной просрочки в ее уплате Получатель уплачивает проценты на сумму единовременной компенсационной выплаты в размере 0,1 процента от суммы, полученной единовременной компенсационной выплаты за каждый

день просрочки возврата в бюджет Оренбургской области части единовременной компенсационной выплаты.

Как предусмотрено в п. 8.3 договор вступает в силу с момента его подписания сторонами, но не ранее дня предоставления межбюджетных трансфертов.

Министерством здравоохранения Оренбургской области соответствующая выплата была произведена платежным поручением от 03 апреля 2012 года.

Приказом ГБУЗ «***» действие заключенного с ответчиком трудового договора от прекращено с 22 января 2017 года по п. 3 ч. 1 ст. 77 Трудового кодекса Российской Федерации, в качестве основания увольнения указано личное заявление работника.

Судами указано, что исполнение обязательств по поводу получения единовременной компенсационной выплаты обусловлено заключением сторонами договора от 02 марта 2012 года. Согласно п. 8.3 договора о единовременной компенсационной выплате, с учетом положений ст. 421, ч. 1 ст. 425 Гражданского кодекса Российской Федерации, расчет отработанного времени должен исчисляться именно с момента вступления в силу указанного договора - с 22 марта 2012 года до 21 марта 2017 года. [6]

Отдельного внимания, по нашему мнению, заслуживают случаи недопонимания сути программы со стороны медицинских работников, которые, впоследствии, становятся предметом судебных разбирательств.

Заявленной целью программы, помимо привлечения квалифицированных медицинских кадров в сельскую местность, является компенсация менее комфортных условий проживания лицам, прибывающим в сельскую местность для осуществления профессиональной деятельности. При этом, лица, уже фактически осуществляющие профессиональную деятельность в сельской местности не могут быть включены в программу, даже при условии кратковременного расторжения трудового соглашения с сельским медицинским учреждением.

В большинстве ситуаций, связанных со спорами о включении в программу медицинских работников ранее имевших трудовые отношения с работодателями в сельской местности суды вставали на сторону государственного органа, разъясняя сторонам, что для включения медицинского работника в программу необходимо не только первичное трудоустройство работника в сельскую медицинскую организацию, но и первичное прибытие в сельское место жительства.

Факт расторжения трудового договора медицинским работником и последующего повторного заключения им трудового договора с одним и тем же медицинским учреждением является правомерной причиной отказа медицинским работникам в выплате единовременной компенсации уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Решением Александровского районного суда Ставропольского края отказано в исковых требованиях К. к Министерству здравоохранения Ставропольского края о признании отказа в предоставлении единовременной компенсационной выплаты незаконным и взыскании единовременной компенсационной выплаты.

Рассматривая данный спор суд установил, что 24 июля 2012 года между К. и ГБУЗ СК «Александровская центральная районная больница» заключен трудовой договор, в соответствии с пунктом 1.1 которого К. предоставлена работа в должности врач-терапевт участковый Калиновской участковой больницы на неопределенный срок.

Согласно пункту 4.4 трудового договора на истца распространяются льготы, гарантии и компенсации, установленные законодательством Российской Федерации и локальным нормативными актами работодателя.

10 октября 2012 года между К. и Министерством здравоохранения Ставропольского края был заключен договор №148 о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику.

В соответствии с пунктом 1 данного договора предметом его является «предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере одного миллиона рублей медицинскому работнику, прибывшему (переехавшему) на работу в с. Александровское Александровского муниципального района Ставропольского края.

Согласно пункту 2 данного договора К. обязан отработать в течение 5 лет в сельском населенном пункте Ставропольского края (село Александровское Александровского муниципального района Ставропольского края), в соответствии с трудовым договором от 24.07.2012 №883.

Согласно пункту 4 договора Министерство здравоохранения Ставропольского края обязуется в течение 30 календарных дней со дня заключения Договора перечислить единовременную компенсационную выплату в размере 1 000 000 рублей на лицевой счет К.

В установленный договором срок, а именно до 9 ноября 2012 года, условие пункта 4 договора №148 о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику ответчиком не выполнено.

В судебном заседании установлено, что К.:

- 1 августа 2008 года принят на работу в Муниципальное учреждение здравоохранения «Александровская центральная районная больница», Приказ от 4 августа 2008 года №40, на должность врача-интерна в терапевтическое отделение стационара;
- 27 июня 2009 года расторг трудовой договор в соответствии с пунктом 2 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации, Приказ от 29.06.2009 №35 (в связи с окончанием одногодичной интернатуры);
- 3 июля 2009 года принят на работу в Муниципальное учреждение здравоохранения «Александровская центральная районная больница», Приказ от 6 июля 2009 года №35, врачом-терапевтом участковым Калиновской участковой больницы;
- 30 июня 2012 года расторгнут трудовой договор в соответствии с пунктом 3 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации, Приказ от 25 июня 2012 года №105 (по инициативе работника);
- 2 июля 2012 года принят на работу в ООО «С», Приказ от 2 июля 2012 года №15, на должность заведующий отделом снабжения;
- 23 июля 2012 года расторгнут трудовой договор в соответствии с пунктом 3 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации, Приказ от 23 июля 2012 года №5 (по инициативе работника);
- 25 июля 2012 года принят на работу в Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Александровская центральная районная больница», Приказ от 16 июля 2012 года №1253, на должность врача-терапевта участкового Калиновской участковой больницы.

Суд указал, что в случае расторжения трудового договора и последующего повторного заключения трудового договора с одним и тем же медицинским учреждением, работник не является прибывшим на работу в 2011-2012 годах и право на получение единовременной компенсационной выплаты у такого медицинского работника не может возникнуть.

Иное противоречило бы целям, заложенным законодателем при принятии указанного выше федерального закона, призванным с учетом компенсационной природы спорной единовременной выплаты стимулировать медицинских работников к переезду на работу в сельские населенные пункты из другого населенного пункта и компенсировать связанные с переездом и обустройством затраты, а также неудобства, обусловленные менее комфортными по сравнению с иными (не сельскими) населенными пунктами условиями проживания.

Судом установлено, что фактически ни условия работы, ни условия проживания истца К. в 2012 году не изменились, каких-либо неудобств, связанных с возвращением на прежнее место работы на должность врача-терапевта участковой Калиновской больницы, истец не имел.

При указанных обстоятельствах, с учетом последовательных действий истца, выраженных во временном выезде из сельской местности, где истец имел постоянную работу, с последующим возвращением к прежним условиям работы и проживания, и направленных на создание видимости его переезда на постоянную работу в сельскую местность из другого населенного пункта, суд не может признать его лицом, имеющим право на получение единовременной компенсационной выплаты, установленной частью 12.1 статьи 51 Федерального закона №326-ФЗ [7].

Аналогичную позицию занял Пермский краевой суд по иску Министерства здравоохранения Пермского края к Ш.

В ходе судебного разбирательства суд установил, что с 2004 года Ш. работала в Сивинской ЦРБ, проживала с сыном в с. Сива, муж постоянно работал в г. Перми, где и проживал, приезжал к ним только на выходные дни. Летом 2012 года было принято решение всем вместе начать проживать в г. Перми, с этой целью в начале августа 2012 года она уволилась из Сивинской ЦРБ, снялась с регистрационного учета, переехала в г. Пермь, где сняла комнату и устроилась на работу.

В конце августа 2012 года узнала из Интернета, что действует программа по выплате врачам одного миллиона рублей при переезде на работу в сельскую местность. Они с мужем вернулись обратно, ребенок проживал и ходил в школу в с. Сива, его не забирали с собой.

Между Министерством здравоохранения Пермского края и Ш. был заключен договор 14 сентября 2012 года на предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере 1 000 000 рублей. Ш. была включена в заявку, заявка направлена в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для финансирования.

24 декабря 2012 года из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в адрес Министерства здравоохранения Пермского края поступило письмо, в котором фонд просил об исключении из заявки некоторых медицинских работников, в том числе и Ш., в связи с тем, что формально Ш. соответствовала разделу 2 Порядка, но при дальнейшей проверке сведений было установлено несоответствие установленным требованиям, в части требования переезда на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта.

Судом установлено, что Ш. работала врачом в МУ «Сивинская ЦРБ» с 2004 года, в 2012 году увольняется по собственному желанию, снимается с регистрационного учета в с. Сива и временно выбывает в г. Пермь без семьи до 14 сентября 2012 года. Устраивается на работу в медицинское учреждение г. Перми, спустя месяц увольняется, приезжает в с. Сива и устраивается на работу в МБУЗ «Сивинская ЦРБ» в качестве врача-рентгенолога. Заключает договор о получении единовременной компенсационной выплате, как врач, приехавший на работу в сельскую местность из другого населенного пункта.

Учитывая, что Ш. работала врачом в МУ «Сивинская ЦРБ» с 2004 года до 7 августа 2012 года, с целью получения компенсационной выплаты выбыла в г. Пермь, а спустя месяц вновь устроилась на работу в данное медицинское учреждение, суд расценивает это как злоупотреблением правом.

Суд считает обоснованной и законной позицию Министерства здравоохранения Пермского края и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, что целью правовой нормы, установленной частью 12.1 статьи 51 Федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», является привлечение медицинских работников в сельские населенные пункты. Обязательным условием для предоставления медицинским работникам единовременной компенсационной выплаты является трудоустройство и переезд на работу в сельский населенный пункт в качестве новых специалистов, в целях восполнения кадрового дефицита сельских медицинских учреждений [8].

В последнее время распространение получили ситуации удержания налога на доходы физических лиц с сумм причитающихся к выплате субсидий.

Между тем, согласно п. 37.2 ст. 217 НК РФ единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, осуществленные в порядке и на условиях, предусмотренных статьей 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не подлежат налогообложению (освобождаются от налогообложения) как доходы физических лиц [1, ст. 217.2 п. 37.2].

Согласно п. 38 Обзора судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №3 (2017) (утв. Президиумом Верховного

Суда РФ 12.07.2017) налогообложение произведенной компенсационной выплаты, является неправомерным. [4, п. 38]

Однако, налоговые органы полагают, что выплаты в рамках программы «Земский доктор» являются доходом и подлежат налогообложению.

Данная коллизия не получила однозначной оценки судов и в настоящее время решения принимаются как в пользу медицинских работников, так и в пользу налоговых органов.

Программа субсидирования оказывает, безусловно, положительное влияние на повышение обеспеченности сельских медицинских учреждений квалифицированными кадрами, однако имеющиеся правовые коллизии требуют дополнительного законодательного урегулирования. Повышение правовой определенности в данной социально значимой области государственной поддержки играет важную роль для дальнейшей реализации программы.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» // Собрание законодательства РФ. 06.12.2010. №49. ст. 6422.
2. Федеральный закон от 05.08.2000 №117-ФЗ (ред. от 25.12.2018) «Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая)» // Собрание законодательства РФ. 07.08.2000. №32. ст. 3340.
3. Письмо Минздрава России от 10.08.2012 №11-11/3089 «По вопросу осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам» // Официальный сайт СПС «Консультант+» URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_138766 (дата обращения: 23.05.2019).
4. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №3 (2017) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 12.07.2017) // Бюллетень Верховного Суда РФ. №9. Сентябрь. 2018.
5. Решение Кетовского районного суда Курганской области по делу № 2-1709/2017// Официальный сайт СПС «Консультант+» URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SOUR&n=234292141#04488611234156414 (дата обращения: 23.05.2019).
6. Решение Центрального районного суда г. Оренбурга по делу № 2-2431/2018 // Официальный сайт СПС «Консультант+» URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=55534834#02754701195271422 (дата обращения: 23.05.2019).
7. Решением Александровского районного суда Ставропольского края по делу № 2-1208/2013 // Официальный сайт СПС «Консультант+» URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=4196728#01562014684602362 (дата обращения: 23.05.2019).
8. Апелляционное определение Пермского краевого суда по делу №2-1474/2013 // Официальный сайт СПС «Консультант+» URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SOPV&n=13862901#07400676293025255 (дата обращения: 23.05.2019).

Об авторе:

Сергеев Алексей Игоревич – старший преподаватель кафедры судебной медицины и правоведения Оренбургского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Оренбург, a.i.sergeev@icloud.com

Alexey Igorevich Sergeev – Senior Lecturer, Department of Forensic Medicine and Jurisprudence Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg

© Сергеев А.И., 2019

Эртель Л.А., Хапай С.Х.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА, ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ, ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА: ПРАВОВЫЕ ПРОБЕЛЫ

В данной статье рассмотрены проблемы толкования и применения на практике норм, регламентирующих вопросы о защите персональных данных в сфере здравоохранения. Проанализированы особенности использования норм, их толкование, требования, предъявляемые к медицинской организации в качестве оператора персональных данных.

На основе проведенного анализа указывается на необходимость разработки с заинтересованными структурами проект нормативно-правового акта. При разработке данного проекта необходимо учесть факт оказания бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, отразить механизм конкретных действий медицинского работника, пациента, законного представителя, а также последствий наличия/отсутствия соглашения на обработку персональных данных и возможную ответственность оператора и субъекта персональных данных.

Ключевые слова: *обработка персональных данных, согласие/отзыв/отказ на обработку персональных данных, врачебная тайна, обязательное медицинское страхование, законченный случай лечения*

Lyudmila Ertel', Setenaj Hapaj

PERSONAL DATA OF THE PATIENT, A PERSONALIZED ACCOUNT, DOCTOR-PATIENT CONFIDENTIALITY: LEGAL GAPS

This article discusses the problems of interpretation and application in practice of the rules governing the protection of personal data in the field of health. The features of the use of standards, their interpretation, the requirements for the medical organization as an operator of personal data are analyzed.

On the basis of the analysis, the necessity of developing a draft regulatory act with interested structures is pointed out. When developing this project, it is necessary to take into account the fact of providing free medical care in the system of compulsory medical insurance, to reflect the mechanism of specific actions of a medical worker, patient, legal representative, as well as the consequences of the presence/absence of an agreement on the processing of personal data and the possible responsibility of the operator and the subject of personal data.

Keywords: *processing of personal data, consent/withdrawal/refusal to process personal data, medical confidentiality, compulsory medical insurance, completed case of treatment*

Учреждения здравоохранения, работающие в системе обязательного медицинского страхования, обязаны в рамках Соглашения с Территориальным фондом ОМС, брать у пациентов (законных представителей), согласия на обработку персональных данных и информированное согласие на медицинские вмешательства, в случае их отсутствия в медицинской карте – законченный случай лечения не будет оплачен. В случае отказа, либо отзыва согласия на обработку персональных данных при оказании медицинской помощи, как действовать Учреждению здравоохранения?

В связи с тем и идут разночтения между правами пациента и обязанностями Учреждения здравоохранения.

В соответствии со ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» [1] персональными данными является любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту ПДн – персональные данные). Любые действия (операции) с ПДн, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение ПДн признаются обработкой ПДн (п. 3 ч. 1 ст. 3 Закона №152-ФЗ).

Согласно ст. 6, ст. 9 Закона №152-ФЗ по общему правилу обработка ПДн допускается только с согласия субъектов ПДн, за исключением случаев, перечисленных в п.п. 2-11 ч. 1 ст. 6 Закона №152-ФЗ. В частности, обработка ПДн без согласия субъектов ПДн допускается, если она необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект ПДн (п. 5 ч. 1 ст. 6 Закона №152-ФЗ). Однако в силу ч. 2 ст. 6 Закона №152-ФЗ обработка специальных категорий ПДн (в частности сведений, касающихся состояния здоровья) регулируется специальными правилами ст. 10 Закона №152-ФЗ. Подобные сведения могут обрабатываться без согласия субъектов ПДн в случаях, предусмотренных п.п. 2-9 ч. 2 ст. 10 Закона №152-ФЗ. К таковым относится в том числе ситуация, когда обработка ПДн осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну (п. 4 ч. 2 ст. 10 Закона №152-ФЗ).

В соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну [2]. Врачебная тайна в соответствии с Указом Президента РФ от 06.03.1997 №188 включена в перечень сведений конфиденциального характера. Соответственно, медицинская организация обязана соблюдать как врачебную тайну, так и требования о защите ПДн, в том числе при создании локальных информационных систем, содержащих данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах (п. 5 ст. 78 Закона №323-ФЗ).

Медицинская карта амбулаторного больного, согласно Инструкции по заполнению учетной формы №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденной Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» [3], является основным первичным медицинским документом больного, проходящего лечение амбулаторно или на дому, и заполняется на каждого пациента при первом обращении за медицинской помощью в лечебное учреждение. В ней содержатся ПДн пациента, а также информация об обращении пациента за медицинской помощью, о состоянии его здоровья, методах лечения и т.д. Иными словами, медицинская карта служит документальным подтверждением проводимых лечебно-диагностических мероприятий, документирует организацию медицинской помощи пациенту, взаимодействие лечащего врача с другими специалистами и службами. Вся клиническая информация о больном должна быть включена в медицинскую карту детализировано согласно Инструкции. При этом медицинская карта служит для защиты прав как самого пациента, так и медицинской организации в целом. Сведения, содержащиеся в медицинской карте, необходимы для составления отчетности по всем видам и формам, которые установлены для медицинских организаций и которую они

обязаны предоставлять в сроки и в объеме, определенные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 11 ч. 1 ст. 79 Закона №323-ФЗ). В этих целях медицинские организации обязаны обеспечивать ведение, учет и хранение медицинской документации в соответствии с п. 12 ч. 1 ст. 79 Закона №323-ФЗ и п. 30 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006, а приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030 утверждены сроки хранения первичной медицинской документации учреждений здравоохранения.

То есть обязанность ведения, учета и хранения медицинских карт с соблюдением мероприятий по обеспечению конфиденциальности, содержащейся в них информации, возложена на медицинские организации федеральным законодательством. Поэтому при необходимости сообщить эти данные другим лицам в интересах обследования и лечения необходимо согласие пациента, за исключением случаев, предусмотренных в ч. 4 ст. 13 Закона №323-ФЗ. Закон №323-ФЗ обязывает хранить врачебную тайну всех лиц, которым подобные сведения стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. Однако согласно п. 4 ч. 2 ст. 10 Закона №152-ФЗ обработка ПДн без согласия субъекта ПДн в медицинских целях допускается только лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью. Иными словами, такая обработка будет законна при ее осуществлении исключительно медицинским персоналом. Частью 2 ст. 9 Закона №152-ФЗ предусмотрено право субъекта ПДн отозвать свое согласие на их обработку.

Пунктом 9 ч. 4 ст. 13 Закона №323-ФЗ предусмотрена возможность передачи сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования. Обязательное медицинское страхование (ОМС), в силу п. 1 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [5], представляет собой особый вид обязательного социального страхования, включающий 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 обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Законом №326-ФЗ случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Гражданам РФ гарантируются предоставление бесплатной медицинской и лекарственной помощи и ее оплата через систему ОМС. При этом в сфере ОМС ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (ч. 1 ст. 43 Закона №326-ФЗ).

Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами, Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами, страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными настоящим Федеральным законом (ч. 3 ст. 43 Закона №326-ФЗ). Соответственно, на медицинские организации возлагается обязанность, наряду с другими, предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (п. 3 ч. 2 ст. 20 Закона №326-ФЗ). Источником же этих данных, в первую очередь, является медицинская карта амбулаторного больного (ч. 1 ст. 91 Закона №323-ФЗ), что опять же свидетельствует о невозможности уничтожения документа о согласии обработки персональных данных.

Согласно ч. 5, ч. 6 ст. 21 Закона №152-ФЗ в случае отзыва субъектом ПДн согласия на обработку его ПДн оператор обязан прекратить их обработку и уничтожить их, если их сохранение более не требуется для целей обработки ПДн. Для этого оператору предоставляется срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, если иное не предусмотрено соглашением между оператором и субъектом ПДн либо если оператор не вправе осуществлять обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных на основаниях, предусмотренных данным законом или другими федеральными законами. При отсутствии возможности уничтожить ПДн в 30-дневный срок оператор должен их блокировать и обеспечить их уничтожение в срок не более чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами. В обязанности оператора уведомлять субъекта ПДн о прекращении обработки, блокировании или уничтожении его ПДн действующим законодательством не предусмотрена. Под уничтожением персональных данных понимаются действия, в результате которых невозможно восстановить содержание персональных данных в информационной системе персональных данных или в результате которых уничтожаются материальные носители персональных данных (п. 8 ч. 1 ст. 3 Закона №152-ФЗ).

В то же время часть 2 ст. 9 Закона №152-ФЗ специально оговаривает, что оператор вправе продолжить обработку ПДн без согласия субъекта ПДн в случае отзыва им согласия на их обработку при наличии оснований, указанных в пп. 2-11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 данного закона. В частности, к таким основаниям относится случай, когда обработка ПДн необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект ПДн (п. 5 ч. 1 ст. 6 Закона №152-ФЗ).

На основании приведенных норм, обработка персональных данных пациента, осуществляемая в целях исполнения норм законодательства об обязательном медицинском страховании, допустима и в отсутствие согласия самого субъекта, но в том объеме, в котором это установлено Законом №326-ФЗ. В том случае, когда пациент отзывает согласие на обработку своих ПДн, лечебное учреждение может продолжать обработку его персональных данных вплоть до окончания действия заключенного ими договора оказания медицинских услуг с соблюдением режима конфиденциальности такой информации.

В связи с тем, невозможно совершать подобные действия до достижения конечной цели такой обработки субъекта ПДн.

Для решения данной проблемы необходимо разработать проект нормативно-правового акта Министерству здравоохранения Российской Федерации, совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, для его принятия вышестоящими органами, с учетом оказания бесплатной медицинской помощи в системе ОМС, где будут регламентированы порядок, функции, конкретные действия медицинского работника, пациента, законного представителя, последствия наличия/отсутствия согласия на обработку персональных данных.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» // Собрание законодательства РФ, 31.07.2006, №31 (1 ч.), ст. 3451.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, №48, ст. 6724.
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» // Российская газета, №282, 21.12.2004.

4. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Собрание законодательства РФ, 08.10.2012, №41, ст. 5628.
5. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 06.12.2010, №49, ст. 6422.

Об авторах:

Эртель Людмила Александровна – профессор кафедры криминалистики и правовой информатики Кубанского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор, Краснодар, Ela1958@yandex.ru

Хапай Сэтэнай Хамидовна – начальник юридического отдела Адыгейской республиканской детской клинической больницы, Майкоп, sata01@list.ru

Lyudmila Aleksandrovna Ertel' – Professor of the Department of criminology and legal Informatics Kuban state University, doctor of medical Sciences, Professor, Krasnodar

Setenaj Hamidovna Hapaj – head of legal Department Adygei Republican children's clinical hospital, Maykop

© Эртель Л.А., Хапай С.Х., 2019

РАЗДЕЛ II.

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

Баринов Е.Х., Калинин Р.Э., Михеева Н.А., Черкалина Е.Н.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОФОРМЛЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДЛЯ КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

В статье отражены вопросы определения и оценки дефектов оказания медицинской помощи при проведении судебно- медицинских экспертиз. Приводятся сведения о возможности использования алгоритма оценки профессиональных ошибок врачей в экспертной практике. Даны рекомендации по оформлению документов для комиссии по изучению летальных исходов.

Ключевые слова: *алгоритм, профессиональная ошибка, дефект оказания медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза, комиссия по изучению летальных исходов*

Viktor Kamenkov, Alexander Kamenkov

IDENTIFICATION OF DEFECTS IN DELIVERY OF HEALTH CARE AND REGISTRATION OF REPRESENTATION FOR THE COMMISSION FOR THE STUDY OF LETAL EXODUS

The article addresses the issues of identifying and evaluating defects in the provision of medical care during forensic examinations. Provides information about the possibility of using the algorithm for assessing professional errors of doctors in expert practice. Recommendations on the paperwork for the commission for the study of letal exodus are given.

Keywords: *algorithm, professional error, defect of delivery of health care, forensic medical examination, commission for the study of letal exodus*

Проблема профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи по-прежнему остается весьма актуальной. Анализ литературных источников убедительно подтверждает тот факт, что до настоящего времени не существует однозначных определений врачебных (профессиональных) ошибок медицинских работников, как с точки зрения медицинских, так и юридических позиций. До настоящего времени отсутствуют разработанные достоверные, научно-обоснованные критерии для экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи [1, 2, 3].

Важным направлением в ведомственной работе судебно-медицинских экспертов является помощь органам здравоохранения и руководству лечебно-профилактических учреждений в деле улучшения медицинского обеспечения граждан. Основным в этой работе является выявление недостатков в оказании медицинской помощи, которые в некоторых случаях могут соответствовать понятию «дефекты в оказании медицинской помощи» [6].

После проведения судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупов лиц, умерших в ЛПУ, судебно-медицинский эксперт в установленном порядке представляет материалы вскрытия для рассмотрения на комиссию по изучению летальных исходов (КИЛИ) в сроки не позднее 1 месяца, если иное не предусмотрено действующим законодательством. На КИЛИ определяются особенности течения заболевания (травмы, отравления), приведшего больного к смерти, а также – диагностиче-

ские, лечебные и иные дефекты в оказании медицинской помощи с определением их причин и степени влияния на развитие неблагоприятного исхода.

При производстве экспертизы судебно-медицинский эксперт обязан действовать в рамках закона, соблюдать положения ст. 139 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации (УПК РФ) (недопустимость разглашения данных предварительного следствия). В виду вышеизложенного, если в ходе проводимой экспертизы судебно-медицинский эксперт выявил какой-либо недостаток в оказании медицинской помощи, то он обязан поставить об этом в известность следователя, назначившего судебную экспертизу, и лишь после этого оформить письменное представление на КИЛИ. Представление направляют заместителю главного врача ЛПУ по медицинским вопросам, где проходил лечение пострадавший (умерший) и одновременно в администрацию государственного судебно-экспертного учреждения, то есть бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ). В случаях разборов летальных исходов умерших, подвергшихся судебно-медицинской экспертизе, эксперт обязан участвовать в работе КИЛИ и результаты рассмотрения доложить в БСМЭ.

Судебно-медицинская экспертиза по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг имеет своим предназначением использование ее результатов в правовой процедуре. Выводы такой экспертизы обращены не к носителям медицинской профессии, не к тем, кто занимается медицинской деятельностью и не к тем, кто хотел бы получить медицинские сведения для использования в медицинской же среде, а к носителям юридической профессии, к тем, кто участвует в правовой процедуре по разрешению конкретного спора с результатом, влекущим правовые последствия [4, 8].

Отсюда следует, что судебно-медицинская экспертиза призвана давать медицинскую характеристику фактов, имеющих юридическое значение. Это означает, что исследуемые в медико-экспертном порядке факты не утрачивают юридического значения. Они сохраняют свое юридическое значение и в переработанном в ходе медико-экспертной оценки виде, в качестве новых знаний. Меняется лишь знание о факте, имеющем юридическое значение: вместо бытового их понимания приходит понимание профессионально-медицинское, помноженное на экспертную оценку. От этого зависит правовая оценка фактов, но юридический характер фактов не меняется. Тем самым медико-экспертная характеристика фактов, имеющих юридическое значение, сказывается на их правовой оценке. Это и определяет предназначение судебно-медицинской экспертизы.

Медицинскую характеристику фактов, излагаемую в такой доступной для лиц, не имеющих медицинского образования, форме, которая позволяет юристам эту характеристику уяснить и интерпретировать, переложить на другой, существующий в правовой среде профессиональный язык. Чтобы произвести оценку фактов в соответствующем формате, нужно, чтобы формат другой оценки позволял это сделать. В противном случае возникает непонимание формата этой другой оценки, не позволяющее произвести оценку в новом формате, и теряется ценность неформатируемой оценки. Медико-экспертная оценка, таким образом, должна быть доступна переформатированию – это условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения.

Не только форма, но и содержание экспертного заключения должно давать возможность воспользоваться им для целей разрешения правового спора. Соответственно, экспертное заключение ради экспертного заключения лишено смысла. Если экспертное заключение, не позволяя произвести правовую оценку, дает возможность использовать его для других целей (расширить знания в медицинской науке и практике, получить справочную информацию, и т.д.), оно не служит целям разрешения правового спора. Экспертное заключение должно своим содержанием удовлетворять потребности разрешения конкретного правового спора, иметь все необходимое и достаточное (если это позволяют материалы

дела и иные объекты экспертной оценки) для правовой оценки. Доступность заключения правовой оценке – это также условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения [4].

Таким образом, при условии возможности перевода из медицинского в юридический формат и наличия необходимых и достаточных для правовой оценки сведений заключение судебно-медицинской экспертизы позволяет ей выполнять свое предназначение, если влияет на правовую оценку фактов, имеющих юридическое значение.

Подтверждением вышеизложенного является алгоритм выявления дефектов в оказании медицинской помощи [5, 7].

Начинается все со сличения клинического и судебно-медицинского диагнозов, которое проводится по трем рубрикам:

1. Основное заболевание;
2. Осложнения;
3. Сопутствующие заболевания.

Расхождением диагнозов следует считать несовпадение основного заболевания (травмы) в следующих случаях:

- по нозологическому признаку, т.е. по сущности и характеру патологического процесса;
- по локализации основного патологического процесса;
- по этиологическому признаку.

После установления факта расхождения диагнозов по основному заболеванию, следует определить категорию их расхождения:

- Первая категория расхождения диагноза – случаи, когда заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного; кратковременности пребывания (менее 24 часов) его в данном учреждении; других объективных трудностей.
- Вторая категория расхождения диагноза – случаи, когда заболевание в данном лечебно-профилактическом учреждении не было распознано в связи с недостатками в обследовании больного, ер правильный диагноз мог и должен быть поставлен.
- Третья категория расхождения диагноза – случаи, когда неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Следует отметить тот факт, что не следует считать расхождениями клинического и судебно-медицинского диагнозов основного заболевания случаи:

a) гипердиагностики сочетанных или фоновых заболеваний и их осложнений, если в результате проведения по поводу них лечебных мероприятий не был нанесен вред больному;
b) неверного распознавания локализации патологического процесса в пределах одного органа;
c) когда клинически патология установлена, но была неправильно расположена в клиническом диагнозе, при этом медицинская помощь оказывалась в полном объеме.

Окончательное суждение о категории расхождения диагнозов, его причинах, дефектах в оказании медицинской помощи принадлежит КИЛИ и КЭК.

Комиссия по изучению летальных исходов создается во всех лечебно-профилактических учреждениях и является коллегиальным органом контроля качества лечебно-профилактического процесса на основе материалов, полученных при анализе летальных исходов.

Предметом анализа КИЛИ является:

- соответствие клинического и судебно-медицинского диагнозов;
- определение категории расхождения и причин несовпадения;
- своевременность установления основного заболевания и его осложнений;
- адекватность лечения;
- качество ведения медицинской документации.

Дефекты в оказании медицинской помощи классифицируются следующим образом:

1. По этапам медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене:

- дефекты догоспитального периода;
- дефекты госпитального (стационарного) периода.

2. По своей сути (что конкретно выявлено?):
- дефекты организации;
- дефекты диагностики;
- дефекты лечения;
- дефекты медицинской документации;
- прочие дефекты.

3. По причине:
- позднее обращение за медицинской помощью;
- недостатки в организации лечебного-диагностического процесса;
- недостаточная квалификация медицинского работника (врача);
- неполноценное обследование больного;
- отсутствие необходимых средств диагностики;
- отсутствие необходимых средств лечения;
- объективные трудности в оказании медицинской помощи;
- прочие причины.

4. По причинно-следственной связи с наступлением смерти:
- дефект является основной причиной смерти;
- дефект способствовал наступлению летального исхода;
- дефект не повлиял на наступление летального исхода.

Структура представления судебно-медицинским экспертом случая дефекта оказания медицинской помощи на КИЛИ и клинико-экспертной комиссии заключается в следующем:
- ФИО умершего, возраст;
- номер медицинской карты стационарного больного (истории болезни);
- сроки пребывания в стационаре (дата поступления, дата смерти);
- окончательный клинический диагноз (в случае расхождения диагнозов);
- судебно-медицинский диагноз;
- сличение диагнозов;
- анализ дефектов согласно приведенной классификации.

Все обобщенные данные по всем случаям выявленных дефектов медицинской помощи ежеквартально представляются в Департамент по здравоохранению города Москвы.

Список литературы:

1. Ермошина М.Ю. Экспертная оценка ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии (медико-правовые аспекты): Дисс. канд. мед. наук. М., 2006. 216 с.
2. Козлов С.В. Экспертная оценка неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск, 2012. №12. С. 69-71.
3. Максимов, А.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2014. 19 с.
4. Тягунов Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз): дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. 183 с.
5. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи // М.: Национальная медицинская палата, 2016. 501 с.
6. Бедрин Л.М. Загрядская А.П. Принципы, задачи и формы совместной работы кафедр судебной медицины и бюро судебно-медицинской экспертизы с органами практического здравоохранения // Матер. II Всеросс. съезда судебных медиков: тезисы докладов. Иркутск - М., 1987. С. 16-18.
7. Баринов Е.Х. Ромодановский П.О. Использование алгоритма оценки профессиональных ошибок врачей в практике судебно-медицинской экспертизы // Власть. Человек. Закон. Запорожье: Научное просвещение, 2011. №2. С.45-50.

8. Пашинян Г.А., Ромодановский П.О., Баринов Е.Х., Черкалина Е.Н. К проблеме проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оказанием медицинской помощи в акушерстве и неонатологии // Медицинское право. М., 2009. №3. С. 44-46.

Об авторах:

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, Москва, ev.barinov@mail.ru

Калинин Руслан Эдуардович – аспирант кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Михеева Наталья Александровна – доцент кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кандидат медицинских наук, Москва, rjnz77@mail.ru

Черкалина Елена Николаевна – старший преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кандидат медицинских наук, Москва

Evgeny Hristoforovich Barinov – professor of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, the doctor of medical sciences, professor, Moscow

Ruslan Eduardovich Kalinin – the graduate student of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

Natalya Aleksandrovna Mikheyeva – the associate professor of forensic medicine and the medical right of medical faculty A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, the candidate of medical sciences, Moscow

Elena Nikolaevna Cherkalina – the senior teacher of department of forensic medicine and the medical right of medical faculty A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, the candidate of medical sciences, Moscow

© Баринов Е.Х., Калинин Р.Э., Михеева Н.А., Черкалина Е.Н., 2019

Каменков В.С., Каменков А.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ: БЕЛАРУСЬ, РОССИЯ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

Несмотря на попытки совершенствовать правовое регулирование медицинской экспертизы, этот юридический институт еще далек от безупречности, что не способствует эффективному использованию такой экспертизы в качестве юридического инструментария.

Для анализа нормативных правовых актов, регулирующих вопросы медицинской экспертизы, употреблялся системный подход.

Сделанный критический анализ правовых актов, регулирующих отношения по медицинской экспертизе, демонстрирует наличие в них упущений и коллизий. Показаны пути устранения недостатков в правовом регулировании юридического инструмента специальных знаний в виде медицинской экспертизы.

Предложенные результаты могут активизировать дискуссию по обсуждаемой проблеме.

Все, что связано с экспертизой, в том числе медицинской, вызывает ассоциацию со специальными и специфическими познаниями. Поэтому может показаться, что знать об этом могут и должны только узкие специалисты. На самом деле с вопросами медицинских экспертиз сталкивается огромное количество обычных людей, а не только какие-либо специалисты. Например, экспертиза качества медицинской помощи. Другое дело, что наша осведомленность по этим вопросам нуждается в совершенствовании.

Ключевые слова: *медицина, экспертиза, право, регулирование, помощь, оценка, институт, инструмент, стандарт, методика, общественные отношения*

Viktor Kamenkov, Alexander Kamenkov

ACTUAL PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF MEDICAL EXPERTISE: BELARUS, RUSSIA (COMPARATIVE ANALYSIS)

Despite attempts to improve the legal regulation of medical expertise, this legal institution is still far from perfect, which does not contribute to the effective use of such expertise as a legal tool.

To analyze the regulatory legal acts regulating the issues of medical expertise, a systematic approach was used.

A made critical analysis of legal acts regulating relations on medical expertise demonstrates the presence of omissions and conflicts in them. The ways of eliminating deficiencies in the legal regulation of a legal instrument of special knowledge in the form of medical expertise are shown.

The proposed results may intensify the discussion on the problem under discussion.

Everything connected with expertise, including medical, causes an association with special and specific knowledge. Therefore, it may seem that only narrow specialists can and should know about this. In fact, a huge №umber of ordinary people, and not just any specialists, are confronted with questions of medical examinations. For example, an examination of the quality of medical care. Another thing is that our awareness of these issues needs to be improved.

Keywords: *medicine, expertise, law, regulation, assistance, assessment, institute, instrument, standard, methodology, public relations*

Вывод о важности медицинской экспертизы подтверждает, в том числе, и судебная практика. Так, медицинская экспертиза упоминается в десяти действующих постановлениях Пленума Верховного Суда Республики Беларусь, разъясняющих применение законодательства и ориентирующих судебную практику по гражданским и уголовным делам. Например, в постановлении «О некоторых вопросах применения судами законодательства о наследовании» и других [21].

И в повседневной судебной практике медицинская экспертиза используется по большому количеству гражданских и уголовных дел, дел об административных правонарушениях.

Конечно статья не оставит безразличными самих медицинских экспертов и иных врачей, их руководителей, судей, прокуроров, следователей, адвокатов, а также студентов медицинских и юридических учреждений образования и т.д. Поэтому статья будет интересна широкому кругу читателей.

Остроты добавляет и такой факт: 4 января 2019 года издан Указ Президента Республики Беларусь №4 «Об утверждении плана подготовки законопроектов на 2019 год» [8], согласно которому (п. 29) на март 2019 года запланировано рассмотрение проекта Закона Республики Беларусь «О судебно-экспертной деятельности».

Рассмотрение подобного проекта закона уже не первый раз находит отражение в плане законопроектной деятельности [7].

Поэтому представляется важным рассмотреть наиболее острые аспекты правового регулирования медицинской экспертизы в контексте защиты прав и законных интересов участников данного вида правоотношений.

Вначале о самом понятии «медицинская экспертиза». Оно, на первый взгляд, представляется весьма общим и не совсем определенным. В белорусском законодательстве вообще нет определения такого понятия. Но правильно ли это? Имеются ли предпосылки для более точного и правильного регулирования вопросов медицинской экспертизы?

В Законе о здравоохранении определено, что в Республике Беларусь проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

- экспертиза временной нетрудоспособности;
- медико-социальная экспертиза (экспертиза нарушений жизнедеятельности пациентов);
- медицинское освидетельствование;
- военно-врачебная экспертиза;
- судебно-медицинская экспертиза, судебно-психиатрическая экспертиза;
- независимая медицинская экспертиза;
- иные виды медицинских экспертиз, проводимые в соответствии с законодательством Республики Беларусь [9].

Таким образом, указанный закон [9], во-первых, указывает на существование медицинской экспертизы, как таковой, во-вторых, не содержит исчерпывающего списка медицинских экспертиз, в-третьих, содержит отсылку на законодательство, которое может предусматривать иные виды медицинских экспертиз. К сожалению, уровень самого законодательства и полномочный на его принятие орган не называются.

Между тем, вопрос об открытости или закрытости списка медицинских экспертиз можно отнести к дискуссионным и заслуживающим отдельного изучения. Уровень же законодательства, регулирующего общественные отношения, связанные с медицинской экспертизой, как и уровень государственных и иных органов, компетентных принимать такие правовые акты, должен быть определен в законодательном акте с учетом важности принимаемых решений и их последствий.

В законодательстве можно найти не совсем дефиниции (определения), но объяснения содержания таких видов экспертизы, как:

- независимая медицинская экспертиза – если проводящие ее эксперт либо члены экспертной медицинской комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от организации или комиссии, ранее проводивших медицинскую экспертизу, а также от государственных органов, иных организаций, должностных и физических лиц, заинтересованных в ее результатах;

- судебно-медицинская экспертиза проводится в целях разрешения вопросов медико-биологического характера, возникающих по уголовным и гражданским делам, делам об административных правонарушениях, экономическим делам, материалам проверок по заявлениям (сообщениям) о преступлениях;
- судебно-психиатрическая экспертиза проводится в целях установления психического состояния лица по уголовным и гражданским делам, делам об административных правонарушениях, материалам проверок по заявлениям (сообщениям) о преступлениях [9, ст. 36].

Наконец, в действующем законодательстве имеются словосочетания, которые уже все-таки можно назвать определением понятия, относящегося к медицинской экспертизе. Например, «медицинская экспертиза профессиональной пригодности – комплексная оценка полученных в результате обязательного медицинского обследования и динамического наблюдения данных о состоянии здоровья, эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, характере и условиях труда, возрасте, стаже работы и других индивидуальных особенностях лиц при приеме на работу на должности работников железнодорожного транспорта, непосредственно обеспечивающих перевозочный процесс (далее – кандидаты в работники), и работников, основанная на специальных знаниях, осуществляемая с целью формирования заключения о профессиональной пригодности и проводимая в рамках обязательного медицинского освидетельствования кандидатов в работники и обязательного медицинского переосвидетельствования работников» [15].

Кстати, это единственный правовой документ, который регулирует вопросы и экспертизы профессиональной пригодности. Но, почему-то, только в отношении работников железнодорожного транспорта общего пользования, непосредственно обеспечивающих перевозочный процесс. На наш взгляд, при корректировке законодательства о медицинской экспертизе такой вид экспертизы необходимо предусмотреть. В Российской Федерации действует еще и Порядок проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ [23].

Но есть и иные выражения, которые только схожи с определениями понятия, относящегося к медицинской экспертизе, но таковыми, по сути, не являющиеся. Так, медицинская судебно-психиатрическая экспертиза объясняется как «…вид деятельности, направленной на производство судебной экспертизы на основе специальных знаний в сфере судебной психиатрии в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу» [18].

Такое выражение хоть и близко к определению медицинской экспертизы, но его можно использовать только в образовательных целях, а не в медицинских и правовых. На это указывает и его ведомственная принадлежность. Аналогичные объяснения в том же или аналогичных правовых актах имеются и в отношении таких понятий, как «медицинская судебно-биологическая экспертиза», «медицинская судебно-психологическая экспертиза», «медицинская судебно-химическая экспертиза» и иных [9].

Более того, в них содержится и такое объяснение судебной медицинской экспертизы, как вида деятельности, направленной на практическую реализацию знаний различных медицинских и немедицинских наук в процессе исследования экспертом объектов судебной медицины и фактов уголовного или гражданского дела с соблюдением установленных законом правовых норм. При этом требуется и предоставление заключения эксперта органам расследования и суда [19].

Обратим внимание, что в данном объяснении в процессе исследования экспертом объектов судебной медицины позволяется реализовать знания не только медицинских наук, но и не медицинских наук, а предоставляться будет заключение судебно-медицинской экспертизы.

На сомнения и недоумения, возникающие после прочтения указанных выражений, можно получить ответ: «…судебные

экспертизы медицинского профиля – судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и другие судебные экспертизы, производство которых по своему содержанию является медицинской деятельностью. Производство таких экспертиз вправе осуществлять только лица, имеющие врачебную специальность» [4].

Приведенные несоответствия и неточности уже могут рассматриваться качестве объективных предпосылок для совершенствования правового регулирования вопросов медицинской экспертизы в едином русле.

Кроме того, Договор о Союзном государстве [1] является для исследователей стимулом делать сравнительный анализ отечественного законодательства с действующим законодательством Российской Федерации.

Так вот, в российском Законе дана дефиниция понятия «медицинская экспертиза». Это проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина [11].

Обращает на себя внимание и перечень видов медицинских экспертиз, которые проводятся в Российской Федерации. Он, в отличие от белорусского варианта, является исчерпывающим и не идентичным нашему перечню. В нем медицинское освидетельствование не отнесено к самостоятельному виду медицинской экспертизы. Кроме того, названы и такие важные виды, как экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, а также экспертиза качества медицинской помощи (ст. 58).

К сожалению, белорусское законодательство не называет вообще такой вид, как экспертиза качества медицинской помощи.

Нет, качество медицинской помощи не оставлено без внимания в отечественном законодательстве. Этому вопросу уделено большое внимание.

Так, в Законе о Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь [10] отдельная глава 8 посвящена вопросам надзора за качеством оказания медицинской помощи.

Под надзором за качеством оказания медицинской помощи Закон [11, ст. 36] подразумевает проведение проверок, мониторинга качества оказания медицинской помощи и иных мероприятий профилактического и предупредительного характера. Но экспертиза качества медицинской помощи здесь не предусмотрена.

Закон о здравоохранении [9] относит оценку качества оказания медицинской помощи пациентам к целям создания (не деятельности) врачебно-консультационных комиссий (ст. 17).

Полнота или недостаточность правового регулирования экспертизы качества оказания медицинской помощи зависит от Министерства здравоохранения Республики Беларусь. В соответствии с Положением об этом министерстве (п. 8.2.), оно принимает меры по совершенствованию качества оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз, осуществляет контроль, оценку качества оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз, определяет порядок их осуществления и устанавливает критерии оценки качества оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз [12].

В частности, Министерство здравоохранения утвердило Инструкцию о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий (далее – ВКК) [16], в которой в качестве функции ВКК названо проведение экспертной оценки качества оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз, оформления медицинских документов лечащими врачами (п. 18). Однако и такая функция ВКК не заменяет экспертизу качества медицинской помощи.

Как указывалось выше, в Российской Федерации на уровне законодательного акта [11] регулируются и отношения по экспертизе связи заболевания с профессией. В Республике Беларусь такая экспертиза в Зако-

не о здравоохранении [9] не называется. Но имеется правовой акт Министерства образования [17], в котором в образовательных целях разъясняется, что это вид медицинской экспертизы. Он включает установление причинно-следственной связи между особенностями формирования, течения, характера патологического процесса, степени его выраженности и конкретными неблагоприятными производственными факторами на основе данных индивидуальной санитарно-гигиенической характеристики условий труда и результатов клинико-лабораторных исследований, направленных на выявление специфических признаков профессионального заболевания.

Кстати, экспертиза связи заболевания с профессией включена и в классификатор видов работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, утвержденный решением Коллегии ЕАЭК [2].

Совокупность приведенных обстоятельств позволяет утверждать, что и данный вид медицинской экспертизы должен быть закреплен на уровне законодательного акта Республики Беларусь.

Кроме того, российский закон [11] выглядит более последовательным в смысле определения статуса государственного органа, полномочного принимать правовые акты, регулирующие общественные отношения по медицинской экспертизе. То есть, в правовых нормах указанного закона называется уполномоченный орган исполнительной власти (министерство здравоохранения) либо Правительство Российской Федерации.

С другой стороны, в Республике Беларусь [9] в качестве самостоятельного вида медицинской экспертизы названа независимая медицинская экспертиза. Она проводится по заявлению пациента при его несогласии с заключением медико-реабилитационной экспертной комиссии или военно-врачебной экспертизы.

Экспертиза признается независимой, если проводящие ее эксперт либо члены экспертной медицинской комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от организации или комиссии, ранее проводивших медицинскую экспертизу, а также от государственных органов, иных организаций, должностных и физических лиц, заинтересованных в ее результатах (ст. 37).

В развитие данных правовых норм принято Положение о порядке осуществления независимой медицинской экспертизы [11].

В законе Российской Федерации [14] провозглашено право граждан на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации (ст. 58). Однако указанного положения пока не существует. Действующее же Положение о независимой военно-врачебной экспертизе [14] на отношения, предусмотренные статьей 58 российского закона, не распространяется.

Приведенные выше факты достаточно убедительно подтверждают, что проанализированные правовые акты не обеспечивают, по мнению авторов, всестороннего и эффективного правового регулирования отношений в сфере медицинской экспертизы.

Более того, сделанный в рамках настоящей статьи анализ действующего законодательства наглядно свидетельствует о необходимости его дальнейшего совершенствования, в том числе, с целью устранения возможностей для недобросовестных участников правоотношений, в том числе путем злоупотребления процессуальными правами.

В частности, определенные нормы законодательных актов предоставляют возможность физическим лицам пользоваться некоторыми процессуальными преимуществами по сравнению с иными участниками правоотношений.

Так, к примеру, согласно статье 92 Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее – УК РБ) [5] лицо, заболевшее после вынесения приговора психическим расстройством (заболеванием), лишающим его возможности сознавать фактический характер и значение своих действий или руководить ими, освобождается судом от отбывания наказания. Такому лицу суд может назначить принудительную меру

безопасности и лечения (пункт 1). Лицо, страдающее иным тяжелым заболеванием, препятствующим отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания или это наказание может быть заменено более мягким. При этом учитываются тяжесть совершенного преступления, личность осужденного, характер заболевания и другие обстоятельства (пункт 2). Военнослужащий, осужденный к ограничению по военной службе, в случае заболевания, делающего его негодным к военной службе, освобождается от наказания или его дальнейшего отбывания либо наказание может быть заменено на иное более мягкое (пункт 3).

В соответствии со статьей 94 УК РБ [5] лицо, осужденное за преступление, не представляющее большой общественной опасности, может быть освобождено от наказания, если ввиду пожара или стихийного бедствия, тяжелого заболевания или смерти единственного трудоспособного члена семьи или других чрезвычайных обстоятельств его отбывание наказания способно повлечь за собой особо тяжкие последствия для осужденного или его семьи.

Можно привести и иные примеры предоставления подобных процессуальных преимуществ и отступлений от общего порядка производства процессуальных действий в связи с особенностями состояния здоровья участников правоотношений.

Примечательно, что в действующем законодательстве Беларуси запрет на злоупотребление правом закреплен в гражданском, гражданском процессуальном законодательстве, иных отраслях права; однако, в недостаточно однозначной форме недопустимость злоупотребления правами законодательно предусмотрена в отношении физических лиц, страдающих теми или иными расстройствами здоровья. Это, по мнению авторов, обусловлено во многом и сложностью легального определения понятия злоупотребления правом в целом и, в частности, относительно злоупотребления лицами своими правами на вышеупомянутые и иные процессуальные преимущества, связанные с тяжелыми заболеваниями и иными расстройствами здоровья.

Как утверждает М.А. Шишов [25], «несмотря на то, что УПК РФ до настоящего времени не содержит норму-дефиницию «злоупотребление правом», согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ, изложенной в Определении от 14.12.2004 №384-О, недопустимость злоупотребления правом является общеправовым принципом [24].

Согласно мнению отдельных авторов, есть все основания говорить о существовании в российском уголовном процессе поля содержательной правовой неопределенности, что, в свою очередь, и предопределяет возможность деструктивных явлений, характеризуемых как злоупотребления правом и создающих угрозы нарушений прав и законных интересов лиц [9], а также правовые неопределенности».

Так, в соответствии с подпунктом 2 пункта 1 статьи 280 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь (далее – УПК РБ) судья приостанавливает производство по уголовному делу в случае временного психического расстройства (заболевания) или иного заболевания обвиняемого, препятствующих его участию в производстве процессуальных действий и удостоверенных врачом, работающим в государственной организации здравоохранения [6].

С учетом данных норм УПК РБ, возникают вполне логичные вопросы о том:

- какие лица являются уполномоченными делать заключения о наличии у обвиняемого заболевания, предоставляющего упомянутые процессуальные преимущества;
- каким актом законодательства предусмотрены критерии, позволяющие отнести то или иное заболевание к категории препятствующих его участию в производстве процессуальных действий в данном контексте;
- каков порядок удостоверения такого факта заключением медицинского эксперта или иного врача.

Непосредственно в УПК РБ отсутствуют нормы, устанавливающие критерии, по которым можно отнести определенное заболевание обвиняемого к категории препятствующего его участию в производстве процессуальных действий.

Ответа на поставленные вопросы нет также и в постановлении Пленума Верховного Суда Республики Беларусь «О некоторых вопросах применения уголовно-процессуального закона в суде первой инстанции» [22].

Кроме того, законодательство не определяет обязательную периодичность переосвидетельствования обвиняемого с целью установления наличия или присутствия препятствий для участия обвиняемого в процессуальных действиях. Следовательно, данные обстоятельства должны быть установлены именно судом индивидуально применительно к каждому конкретному обвиняемому.

Однако отсутствие у судей медицинского образования, очевидно, не способствует объективности оценки данных обстоятельств, имеющих значение для производства по уголовным делам.

В соответствии со статьей 17 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [9] профессиональное обследование пациента и предоставление ему информации о состоянии его здоровья относится к обязанностям лечащего врача.

Согласно этой же норме, с целью коллегиального рассмотрения и принятия решений по вопросам проведения медицинских экспертиз, оценки состояния здоровья пациента для выдачи заключения и решения иных вопросов оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения создаются врачебно-консультационные комиссии (ВКК) в составе не менее трех врачей-специалистов. ВКК проводят экспертизу временной нетрудоспособности пациентов, проводят медицинское освидетельствование пациента, выдают заключения ВКК и их дубликаты, проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз.

Тем не менее, предоставление пациенту, обратившемуся за медицинской помощью, информации о состоянии его здоровья, а также выполнение ВКК своих перечисленных выше функций не означают выдачу медицинского заключения о наличии заболевания, препятствующего участию в процессуальных действиях. Кроме того, как справедливо отмечают некоторые исследователи, факт наличия тяжелого заболевания может быть подтвержден медицинским заключением, которое не является заключением судебно-медицинского эксперта, поскольку экспертиза на стадии подготовки к судебному разбирательству не проводится [9].

В Законе «О здравоохранении» [9] содержится статья 36, предусматривающая общие положения о том, что судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза проводится в целях разрешения вопросов медико-биологического характера, возникающих по уголовным и гражданским делам, делам об административных правонарушениях и иным делам. Также установлено, что основания и порядок проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы устанавливаются законодательством Республики Беларусь.

Республиканским государственным органом, уполномоченным на проведение судебно-медицинской экспертизы в Беларуси, является Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь. В частности, в статье 10 Закона Республики Беларусь «О Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь» перечислены основные функции и полномочия государственного комитета в этой области: проведение судебных экспертиз по уголовным и гражданским делам, делам об административных правонарушениях, экономическим делам, материалам проверок по заявлениям (сообщениям) о преступлениях; а также проведение экспертиз (исследований) по материалам государственных органов, в том числе осуществляющих дознание, оперативно-розыскную деятельность, и других в порядке, предусмотренном законодательными актами и постановлениями Совета Министров Республики Беларусь [10].

Таким образом, в действующей на сегодняшний день системе нормативных правовых актов Республики Беларусь отсутствуют нормы, дающие однозначные ответы на поставленные выше практические вопросы об основаниях и критериях оценки состояния здоровья подозреваемых и обвиняемых на предмет наличия или отсутствия препятствий для их участия в проведении процессуальных действий и для предоставления иных процессуальных преимуществ из-за состояния здоровья.

Статья 12 Модельного закона об экспертизе и экспертной деятельности, утвержденного постановлением Межпарламентской Ассамблеи государств – участников Содружества Независимых Государств [3] предусматривает следующую рекомендацию.

Правовой основой экспертной деятельности являются конституция государства, закон об экспертизе и экспертной деятельности, гражданский процессуальный, арбитражный процессуальный, уголовно-процессуальный кодексы, кодекс об административных правонарушениях, а также другие законы и нормативные акты, регулирующие порядок назначения, производства и использования результатов экспертизы в процессе принятия правовых и управленческих решений.

При этом представляется интересным и тот факт, что в соответствии со статьей 44 указанного модельного закона [3] предусматривается рекомендация лишь обязательность гражданско-правовой ответственности лиц за нарушения в сфере экспертной деятельности.

Действительно, согласно действующему законодательству Республики Беларусь медицинский работник, предоставляющий заключение о наличии заболевания, исключающего явку обвиняемого в суд, не предупреждается об уголовной ответственности за дачу ложного медицинского заключения, что косвенно создает условия для злоупотребления правом.

По мнению авторов, все это объективно указывает на необходимость совершенствования законодательства.

В частности, целесообразным представляется включение в статью 17 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [9], норм, устанавливающих или определяющих порядок выдачи заключений или перечень заболеваний, влекущих приостановление производства по уголовному делу, порядок медицинского освидетельствования обвиняемых и форма такого медицинского заключения устанавливаются Советом Министров Республики Беларусь.

Кроме того, усматривается также необходимость дополнения статьи 401 Уголовного кодекса Республики Беларусь [19] нормой, предусматривающей уголовную ответственность и для медицинских работников, выдавших заведомо ложное медицинское заключение о наличии у подозреваемого или обвиняемого заболевания, препятствующего его содержанию под стражей, либо влекущего приостановление производства по уголовному делу.

В заключение можно сделать вывод, что тема медицинской экспертизы имеет большое значение для значительного количества субъектов различных отраслей права, а поэтому нуждается в дальнейшем научном исследовании и совершенствовании правового регулирования.

Список литературы:

1. Договор о создании Союзного государства (Подписан в г. Москве 08.12.1999) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 14.01.2000, №4, 2/118 – Собрание законодательства РФ, 14.02.2000, №7, ст. 786.
2. О классификаторе видов работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность (Принято в г. Москве 10.05.2018): Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии №70 // URL: https://www.alta.ru/tamdoc/18kr0070/ (дата обращения: 20.05.2019).
3. О модельном законе «Об экспертизе и экспертной деятельности»: постановление Межпарламентской Ассамблеи государств – участников Содружества Независимых Государств №47-7 // «Информационный бюллетень Межпарламентской Ассамблеи СНГ», №69, 2018.
4. О типовом проекте законодательного акта «О судебно-экспертной деятельности»: (Принято в г. Санкт-Петербурге 11.04.2013): постановление Межпарламентской Ассамблеи Евразийского экономического сообщества №15-6 // URL: http://naviny.org/2013/04/11/by7647.htm (дата обращения: 20.05.2019).

5. Уголовный кодекс Республики Беларусь от 09.07.1999 №275-З (ред. от 17.07.2018) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 28.07.2018, 2/2569.
6. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь (с изм. и доп., вступившими в силу с 29.01.2019) от 16.07.1999 №295-З(ред. от 17.07.2018) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 28.07.2018, 2/2569.
7. Об утверждении плана подготовки законопроектов на 2016 год: Указ Президента Республики Беларусь от 31.12.2015 №530 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 16.01.2016, 1/16219.
8. Об утверждении плана подготовки проектов законопроектов на 2019 год: Указ Президента Республики Беларусь от 04.01.2019 №4 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 09.01.2019, 1/18113.
9. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-XII // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008. №159. 2/1460.
10. О Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь: Закон Республики Беларусь от 15.07.2015 №293-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 23.07.2015, 2/2291.
11. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019): Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) // Собрание законодательства РФ, 06.08.2018, №32 (часть I), ст. 5102.
12. О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. №360 (вместе с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь): постановление Совета Министров Республики Беларусь от 28.10.2011 №1446 (ред. от 18.07.2018) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 20.07.2018, 5/45403.
13. Об утверждении Положения о порядке осуществления независимой медицинской экспертизы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26.12.2008 №2024 (ред. от 10.01.2012) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 25.08.2017, 5/44100.
14. Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе: постановление Правительства РФ от 28.07.2008 №574 (ред. от 29.12.2016) // Собрание законодательства РФ, 09.01.2017, №2 (Часть I), ст. 368.
15. Об организации медицинского обеспечения безопасности движения и эксплуатации железнодорожного транспорта общего пользования и об установлении отдельных форм медицинских документов: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.10.2012 №171 (ред. от 17.02.2016) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 11.03.2016, 8/30741.
16. Об утверждении Инструкции о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 №93 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 30.01.2015, 8/29525.
17. Об утверждении образовательных стандартов переподготовки руководящих работников и специалистов: постановление Министерства образования Республики Беларусь от 24.08.2012 №106-а (ред. от 19.11.2015) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 09.01.2016, 8/30522.
18. Об утверждении образовательных стандартов переподготовки руководящих работников и специалистов: постановление Министерства образования Республики Беларусь от 28.03.2013 №13 (ред. от 23.02.2018) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 15.06.2018, 8/33163.

19. Об утверждении образовательных стандартов переподготовки руководящих работников и специалистов: постановление Министерства образования Республики Беларусь от 25.08.2014 №140а (ред. от 12.08.2015) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 10.09.2015, 8/30217.
20. О судебной экспертизе по уголовным делам: постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 29.03.2001 №1 (ред. от 31.03.2016) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 24.04.2001, №39, 6/276.
21. О некоторых вопросах применения судами законодательства о наследовании: Постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 21.12.2001 №16 (ред. от 30.03.2017) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 16.01.2008, №14, 6/698.
22. О некоторых вопросах применения уголовно-процессуального закона в суде первой инстанции: постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 26.09.2002 №6 (ред. от 31.03.2016) // «Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь», 16.10.2002, №115, 6/341.
23. Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ (Зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2016 №42397): Приказ Минздрава России от 05.05.2016 №282н // Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 06.06.2016 (электронный ресурс).
24. Определение Конституционного Суда РФ от 14.12.2004 №384-О «По жалобе гражданина Григорянца Рубена Анушавановича на нарушение его конституционных прав положениями частей третьей и четвертой статьи 448 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2005. №2.
25. Шишов М.А. Актуальные проблемы медицинской экспертизы // Медицинское право. 2014. №4.
26. Федан М. Злоупотребление правом при применении отдельных тактических приемов в ходе проведения следственных действий // Мировой судья. 2009. №11.
27. Смирнов А.В., Калиновский К.Б. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Под общ. ред. А.В. Смирнова. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Проспект, 2009. 992 с. (электронный вариант).

Об авторах:

Каменков Виктор Сергеевич – заведующий кафедрой финансового права и правового регулирования хозяйственной деятельности Белорусского государственного университета, доктор юридических наук, профессор, старший научный сотрудник Южно-Уральского государственного университета, Минск, Беларусь, v.kamenkov@gmail.com

Каменков Александр Викторович – юрисконсульт ООО «Торговый дом «АМКОДОР-Агро», Минск, Беларусь, kamenkov@td-amkodoragro.by

Viktor Sergeevich Kamenkov – Head of the Department of Financial Law and Legal Regulation of Economic Activity of the Belarusian State University, Doctor of Law, Professor, Senior Researcher of the South Ural State University, Minsk, Belarus

Alexander Viktorovich Kamenkov – legal adviser, LLC Trading House AMKODOR-Agro, Minsk, Belarus

© Каменков В.С., Каменков А.В., 2019

Куранов В.Г.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ» В ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОМ АСПЕКТЕ

Обеспечение качества медицинских услуг выступает приоритетной задачей системы здравоохранения. Автор исходит из комплексности и неоднозначности понятия «качество» в современной науке, что является концептуальной и методологической проблемой, заметно усложняющей правовую интерпретацию исследуемого понятия.

В сфере медицинской деятельности сформировалось два следующих ключевых методологических подхода к оценке качества медицинских услуг: отраслевой и потребительский. При отраслевом подходе качество услуг определяется через соотнесение с заранее установленными требованиями. При потребительском же подходе – через субъективную удовлетворенность конечного получателя услуги, то есть пациента. В Российской Федерации сочетается оба подхода, но в последние годы акцент смещается на позицию потребителя.

Автор считает необходимым применять вариативный методический инструментарий для разработки категории качества (как структуры, процесса, результата), Это также подразумевает регламентацию многосторонней оценки качества медицинской помощи.

Ключевые слова: *медицинская услуга, качество медицинской помощи, гражданское право, потребитель медицинской услуги, медицинская организация*

Vladimir Kuranov

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE «MEDICAL SERVICE QUALITY» DEFINITION IN THE CIVIL LAW ASPECT

Ensuring the quality of health services is a priority of the health system. The author proceeds from the complexity and ambiguity of the «quality» concept in modern science, which is a conceptual and methodological problem that significantly complicates the legal interpretation of the concept.

In the field of medical activity, the following two key methodological approaches to assessing the quality of medical services were formed: sectoral and consumer. In the sectoral approach, the quality of services is determined by reference to pre-established requirements. In the consumer approach – through the subjective satisfaction of the final recipient of the service (a patient). In the Russian Federation, both approaches are combined, but in recent years the focus has shifted to the consumer position.

The author considers it necessary to use variable methodological tools to develop the category of quality (as a structure, process, result), It also implies the regulation of multilateral assessment of the quality of medical care.

Keywords: *medical service, medical care quality, civil law, consumer of medical service, medical organization*

Обеспечение качества медицинских услуг выступает приоритетной задачей системы здравоохранения, как и любого цивилизованного общества в целом. Из масштаба национальной эта проблема в последние десятилетия закономерно приобрела глобальный характер. Такая ситуация обусловлена тем фактом, что здоровье

сохраняет доминанту наивысшей человеческой ценности для современного общества. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определены следующие приоритетные задачи в области обеспечения качества медицинской помощи и соответственно медицинских услуг: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и биологическими факторами; при этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования должен быть минимальным, пациент должен получать максимальное удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи» [цит. по 9. с. 15].

Мировое научное сообщество проявляет повышенный интерес к исследованию проблемы качества с 80-90-х гг. XX в., разработка которой находит свое закономерное отражение и объективацию в конституционно-правовых нормах и положениях в различных странах мира. Наша страна в данном случае не является исключением. Современный этап развития российской правовой системы характеризуется значительным увеличением числа нормативно-правовых актов, регламентирующих отношения в сфере охраны здоровья и осуществления медицинской деятельности. Между тем, качество оказания медицинской помощи и медицинских услуг в Российской Федерации, по оценкам экспертов, на настоящий момент находится на значительно более низком уровне, по сравнению с мировым, что обусловлено, прежде всего, несовершенством законодательной базы в данной сфере [16. с. 3]. Несмотря на тот факт, что за последние годы явно выделились закрепленные нормативными актами виды (уровни) контроля качества и безопасности медицинской деятельности (государственный, ведомственный, внутренний, независимая оценка качества медицинской деятельности), а также то, что создание отечественной системы оценки качества и безопасности медицинской деятельности происходило на базе накопленного опыта работы медицинских организаций, анализируя сложившуюся на настоящий в нашей стране систему оценки качества медицинской помощи и медицинских услуг, исследователи, констатируют ее чрезмерную иерархичность, сложность, попытки включить в себя «различные иногда не связанные между собой критерии и показатели» [13, с. 228-233]. Отечественная нормативно-правовая база демонстрирует пока еще начальную стадию разработки категории «качество», особенно в характеристике услуги в целом и медицинской услуги, в частности, как объектов гражданских прав, в этой связи говорить о системе в данной области как в организационном, так и правовом планах, на наш взгляд, преждевременно. Так, например, кроме вышеотмеченного, также наблюдается заметное отставание в восприятии международно-правовых стандартов, определяющих данную категорию как особых источников развития национального права, гармонизации содержания данной категории на различных уровнях правовой системы и т.д. С целью аргументации данного тезиса, дифференциации другого рода пробелов и проблем регулирования обратимся к более подробному изучению исследуемой категории с целью дальнейшего авторского уточнения ее содержания.

Приступая к анализу, следует, прежде всего, указать на комплексность и неоднозначность понятия «качество» в современной науке как концептуальную и методологическую проблему, заметно усложняющую ее правовую интерпретацию. Многообразие оказываемых услуг, их вариативность, профильная направленность и положительная динамика роста для удовлетворения нужд населения обусловливают множественность понимания их качества, что усложняет формулировку единого, общего понятия «качество услуг», в то же время ставя под сомнение необходимость существования такого единообразного понятия в современных условиях [16, с. 28; 19, с. 77-89]. Анализ и систематизация данных теоретических источников, демонстрирует, что сегодня в отечественной и зарубежной научной ли-

тературе обнаруживаются несколько сотен дефиниций качества медицинских услуг, не только отличающихся различной степенью детализации или наоборот, демонстрирующих слишком общий характер с акцентуацией тех или иных специфических характеристик феномена, но нередко и дефиниций, противоречащих друг другу, что указывает на отсутствие единой научной точки зрения по данному вопросу. При этом в целом в числе основополагающих методологических подходов к понятию качества, выделяются такие, как подход потребителя (качество услуг определяет потребитель; соответственно услугами высокого качества считаются те, которые в большей удовлетворяют запросы потребителя), а также подход поставщика услуг (качество услуг определяется как «соответствие требованиям», чем выше соответствие предъявляемым требованиям, тем выше качество услуг) [12]. В сфере медицинской деятельности на основе данного инструментария сформировалось два следующих ключевых методологических подхода к оценке качества медицинских услуг:

- отраслевой, основанный на подходе производителя услуг. Оценка качества медицинских услуг в данном случае основана на внутренней или внешней экспертной оценке. Такой подход в большей степени ориентирован на оценку качества основной услуги медицинских учреждений, под которой понимается медицинская помощь [10].
- потребительский подход, ориентированный на потребителя. Оценке качества медицинских услуг основана на оценке со стороны потребителей [11, с. 6-9].

Необходимо подчеркнуть тот факт, что с 2015 г. Минздравом РФ [3, 4] определен курс на изменение методологической парадигмы медицинского обслуживания от отраслевого к ориентации на потребительский, включающие в качестве общих критериев оценки качества оказания услуг релевантные потребительскому подходу критерии: открытости и доступности информации о медицинской организации; комфортности и доступности условий предоставления и получения медицинских услуг; времени ожидания предоставления; доброжелательности, вежливости, компетентности работников медицинской организации; удовлетворенности оказанными услугами. [4] Однако на практике продолжает наблюдаться неоднозначность общих и специальных методических подходов к оценке качества со стороны различных субъектов правоотношений в области медицинской деятельности. Врачи производят оценку качества своих медицинских услуг и медицинской деятельности коллег с одних позиций, пациенты – с других, органы здравоохранения – с третьих и т.д. Как свидетельствуют актуальные статистические данные [17], у большинства руководителей российских медицинских учреждений (приводятся данные опроса специалистов, основанные на исследовании данных выборки, которую составили 1700 руководителей медицинских организаций из 24 регионов России) на сегодняшний день в целом отсутствует четкое представление об основных направлениях обеспечения и совершенствования качества оказываемых медицинских услуг, хотя 93% опрошенных при этом признают значение и необходимость внедрения системы качества в медицинскую деятельность. Однако о компонентах, критериях качества медицинских услуг имеют представление только 0,6% респондентов. Безусловно, следует подчеркнуть, что помимо уже отмеченных выше проблем, во многом такая ситуация связана со сложностью и многоплановостью родовых понятий исследуемой категории, то есть терминов «качество», «качество услуг» и «медицинская услуга». Уделим особое внимание двум первым из обозначенных дефиниций, рассматривая данную проблему с точки зрения гражданско-правового подхода, доминирующего в российской системе правового регулирования качества медицинской помощи наравне с социально- и административно-правовым [9. с. 63].

Характеризуя специфику первого из отмеченных подходов, следует сделать краткое отступление и дифференцировать сущность двух других из вышеперечисленных. В этой связи нужно заметить, что социально-правовой подход вытекает из социальной значимости медицинской помощи для граждан ввиду особого отношения государства к охране здоровья населения, установленного положениями Конституции РФ (ст. 41). В сущности, все концепции российского здравоохранения и действующие на их базе государственные программы (в первую очередь, Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на период до 2025 г. [1]) предусматривают «повышение доступности медицинских услуг надлежащего объема и качества», ввиду того, что указанный принцип является основополагающим для современной отечественной системы здравоохранения [18, с. 12].

Административно-правовой подход связан с регулированием качества медицинских услуг, которое осуществляется путём проверки их соответствия установленным требованиям при осуществлении лицензирования медицинской деятельности. Следует подчеркнуть, что данный методический подход не учитывает возможности администрирования качества оказываемых медицинских услуг в течение срока действия лицензии у медицинского учреждения, так как оценка качества может осуществляться только в ходе практической деятельности в рамках гражданско-правовых отношений, возникающих между организацией и пациентом. Экспертиза качества медицинской помощи в ходе осуществления учреждением медицинской деятельности может иметь целевой и плановый характер. Но при этом на сегодняшний день экспертиза качества медицинской помощи производится только в рамках программ обязательного медицинского страхования, поскольку законодательный акт, регламентирующий такой вид экспертизы при оказании платной медицинской помощи, пока не принят.

Более управляемой с помощью административно-правового воздействия, с точки зрения оценки качества медицинских услуг, является система медицинских организаций, находящихся в государственной и муниципальной собственности, ввиду того, что здесь возможно более активное использование административного ресурса управления качеством в рамках программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и соответствующего отраслевого законодательства, обязывающего соответствие требованиям отраслевых стандартов и страховых компаний. Несоблюдение указанных стандартов качества может повлечь ответственность медицинских учреждений в соответствии с порядком, утверждаемым Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС), в виде штрафов или отказа оплаты некачественных услуг.

Гражданско-правовой подход осуществляется в процессе контроля за качеством медицинских услуг, реализуемых, прежде всего, частными медицинскими учреждениями с помощью гражданско-правовых методов в рамках гражданского судопроизводства с опорой на правовые основы о защите прав потребителей. Вместе с тем, пациенты и государственных клиник, а также частных клиник при оказании услуг по ОМС имеют право на защиту своих прав потребителя при оказании различных видов медицинской помощи.

Существующее положение, когда гражданско-правовые аспекты выступают ключевыми при оказании медицинских услуг, определяется отсутствием законодательных подходов к оценке и экспертизе качества платной медицинской помощи (не входящей в ОМС). Важно отметить, что в области негосударственной медицины в настоящее время в рамках развивающейся системы отечественного здравоохранения, претерпевающей коренные реформы, и ее изменяющейся правовой конструкции, предусматривается создание конкурентоспособных внутренних требований медицинских учреждений к качеству оказываемых медицинских услуг, которые должны способствовать повышению результативности лечения пациентов, что в рамках свободной конкурентной среды, в свою очередь, обеспечивает повышение конкурентоспособности медицинской организации, ее ответственности и росту роли внутреннего контроля в процессах оценки качества как перспективного организационно-правово-

го механизма. Однако на практике данный процесс развивается крайне медленно, что обусловлено как самой спецификой медицинских услуг и стадией развития ее гражданско-правового регулирования в отечественных условиях, а также тем аспектом, что качество медицинской помощи и медицинских услуг можно определить только при привлечении специальных экспертных организаций, услуги по независимой оценке которых имеют стоимостное выражение, объем которого не всегда доступен широким слоям населения.

Ведя речь об исследуемых категориях «качество услуг» и «качество медицинских услуг» как объектах гражданского права, следует указать на тот факт, что в действующем ГК РФ не раскрывается понятие качества услуг. При этом в данном источнике права (ст. 721, гл. 37 ГК РФ) обнаруживается формулировка категории «качество работ», в контексте которого понятие качества интерпретируется законодателем как «соответствие результата выполненной работы условиям договора», а также соответствие «требованиям, обычно предъявляемым к работам соответствующего рода, или определёнными обычно предъявляемыми требованиями, для обычного использования результата работы такого рода».

В свою очередь Закон «О защите прав потребителей» трактует понятие «качество» идентично ГК РФ, однако при этом распространяет применение данной дефиниции и на услуги (ст. 4 ЗоЗПП), фиксируя тот факт, что исполнитель обязан оказать услугу, качество которой соответствует договору [15, с. 38].

Понятия «качество», «качество услуг» в теории гражданского права как категории определяется также действующими стандартами, устанавливающими на национальном, ведомственном и другого рода уровне методические подходы, правила для всеобщего и многократного использования, общие методические принципы, требования и методы оказания медицинских услуг, касающиеся конкретных объектов стандартизации. Согласно определению разработанных в соответствии с международными (ISO 8402:1994 – Quality management and quality assurance [8]) действующих национальных стандартов (ГОСТ 15467-79 [5]) «качество» представляет собой «совокупность свойств и характеристик услуги, которые определяют их способность удовлетворять установленным или предполагаемым требованиям». Следует отметить при этом, что в функционирующих на национальном и межгосударственном уровне стандартов в области оказания медицинских услуг различного рода (ГОСТ Р 52623.0-2006 [6] и др.) приводятся детализированные параметры для оценки качества отдельных услуг, однако при этом как в содержании вводных положений, так и текстах документов интерпретация понятия «качество медицинских услуг», как показывает проведенный нами анализ, отсутствует. Отраслевой классификатор 91500.09.0002-2001 «Сложные и комплексные медицинские услуги» [2] (ОК СКМУ) декларирует в качестве одной из ключевых задач, на решение которых направлено содержание разработанного документа, «обеспечение качества медицинской помощи, в том числе медицинских услуг и технологий их оценки (сертификация медицинских услуг, аккредитация медицинских учреждений)», однако само понятие качества медицинских услуг в данном источнике также не раскрывается. В логике системы правовой регламентации в этом случае закономерно было бы апеллировать к дефиниции качества в исследуемой сфере, представленной в отраслевом стандарте «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» (ОСТ ТО №91500.01.0005-2001), утвержденном Приказом Минздрава РФ от 22.01.2001 №12 [7]. Под качеством медицинской помощи (составным элементом которой выступают медицинские услуги) в документе понимается «система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному» [7]. Можно констатировать, что из числа анализируемых, данному определению характерен наиболее развернутый характер. Существенным

достоинством данной дефиниции является попытка отражения субъектного состава правоотношений. Однако в целом оно также носит достаточно общий характер, не внося ясности в уточнение категории «качество» и ее содержания.

Учитывая изложенное, автор считает необходимым применять вариативный методический инструментарий для разработки категории качества (как структуры, процесса, результата), с учетом общесистемного подходов. Это также подразумевает регламентацию многосторонней оценки качества медицинской помощи, которая должна детально осуществляться различными субъектами гражданских правоотношений. Вариативность методического инструментария не мешает в то же время вести параллельную разработку и развитие правовой регламентации каждого из указанных подходов в отношении объектов правоотношений в исследуемой сфере.

Список литературы:

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. №1640) [Электронный источник] // СПС «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (дата обращения: 08.02.2019).
2. Приказ Минздрава РФ от 16.07.2001 №268 «О введении в действие Отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги» (вместе с Отраслевым классификатором) [Электронный источник] // Электронный фонд нормативно-технической и правовой документации. URL: http://docs.cntd.ru/document/456098811 (дата обращения: 04.02.2019).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 г. №240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» [Электронный источник] // СПС «Гарант». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70956658/ [документ утратил силу] (дата обращения: 14.01.2019).
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от №422н от 7 июля 2015 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс] // СПС «Гарант». URL: http://base.garant.ru/71162662 (дата обращения 10.02.2019).
5. ГОСТ 15467-79. Управление качеством продукции. Основные понятия. Термины и определения (с Изменением №1) [Электронный источник] // Электронный фонд нормативно-технической и правовой документации. URL: http://docs.cntd.ru/document/gost-15467-79 (дата обращения: 04.02.2019).
6. ГОСТ Р 52623.0-2006 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения [Электронный источник]// Электронный фонд нормативно-технической и правовой документации. URL: http://docs.cntd.ru/document/1200047924 (дата обращения: 04.02.2019).
7. Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» (ОСТ ТО №91500.01.0005-2001), утв. Приказом Минздрава РФ от 22.01.2001 г. №12 [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения РФ. URL: http://www.rspor.ru/mods/norm_doc/mz12_2001.pdf (дата обращения: 04.02.2019).
8. ISO 8402:1994 – Quality management and quality assurance [Электронный источник] // International Organization for Standardization. URL: https://www.iso.org/standard/20115.html (дата обращения: 08.02.2019).
9. Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю., Тимошенкова Т.В. Качество медицинской помощи: правовая оценка// ГлавВрач. 2009. №9.

10. Богданова Т.Г., Зинетуллина Н.Х., Гурьянова Е.А., Шувалова Н.В. Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Чувашской республике (Цели, задачи, объекты и уровни) [Электронный источник] // Современные проблемы науки и образования 2013. №6. URL: www.science-education.ru/113-11336 (дата обращения: 14.02.2019).
11. Бутова Т. Г., Яковлева Е.Ю., Данилина Е.П., Белобородов А.А. Сервис и качество медицинских услуг // ЭПИ «Сервис в России и за рубежом». 2014. Т. 8 №8(55).
12. Бутова Т.Г., Динилина Е.П., Белобородова Ю.С., Белобородов А.А. Качество медицинского обслуживания: методологические проблемы практической оценки // Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. URL: URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22401 (дата обращения: 10.02.2019).
13. Гусева Н.К., Бердутин В.А. Некоторые вопросы оценки качества медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2016. Т.60. №5.
14. Наумов И.К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Гнозис, 2017.
15. Согияйнен А.А. Правовые риски медицинской деятельности в современных условиях // Право в Вооруженных Силах. 2017. №4.
16. Сучкова Т.Е. Основы административно-правового регулирования врачебной деятельности по оказанию медицинской помощи гражданам в Российской Федерации: Дис... канд. юрид. наук. М., 2016.
17. Токарев К.Е. К вопросу повышения качества медицинских услуг [Электронный ресурс] // Современные научные исследования и инновации. 2015. №11. URL: http://web.snauka.ru/issues/2015/11/58780 (дата обращения: 08.02.2019).
18. Устьянцева О.В. Государственные программы в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения России // Современное право. 2015. №12.
19. Mosadeghrad A.M. Factors Influencing Healthcare Service Quality // International Journal of Health Policy and Management (IJHPM). 2014. №3(2). DOI: 10.15171/ijhpm.2014.65.

Об авторе:

Куранов Владимир Григорьевич – заведующий кафедрой правоведения Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ООО «Центр медицинского права», Пермь, kuranov.perm@yandex.ru

Vladimir Grigorievich Kuranov – Head of the Medical Law Department, Vagner Perm State Medical University, Director, Medical Law Centre LLC, Perm

© Куранов В.Г., 2019

Прошутин В.Л., Мочагин П.В., Вайтуков А.К., Прошутин А.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ, ЮРИДИЧЕСКАЯ И ФИЛОСОФСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ КРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА

Статья посвящена вопросу интерпретации механизма наступления смерти от закрытия дыхательных путей кровью вследствие причинения перелома костей носа при установлении степени вины причинителя повреждения с учетом познаний в области как судебной медицины, так и юриспруденции, и философии. Авторами рассмотрены возникающие при этом причинно-следственные отношения и их взаимосвязь с объективными и субъективными обстоятельствами преступления. В работе отмечается то, что при квалификации совершенного деяния, при решении вопроса о выборе ч. 1 или ч. 4 ст. 111 УК РФ, необходимо особое внимание уделять именно тому, как в конкретных обстоятельствах дела соотносятся между собой совершаемые причинителем вреда действия и последствия, наступающие с потерпевшим в части пространственного расположения частей его тела и головы.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза, право, философия, причинно-следственные отношения, квалификация, перелом костей носа, кровотече-ние, аспирация, асфиксия, смерть*

Vladimir Proshutin, Pavel Mochagin, Alexander Vaitukov, Anton Proshutin

FORENSIC, LEGAL AND PHILOSOPHICAL INTERPRETATION DEATHS DUE TO BLOOD CLOSURE DUE TO NASAL BONE FRACTURE

The article deals with the interpretation of the mechanism of death from the closure of the respiratory tract by blood as a result of the infliction of the nose bones in the determination of the degree of guilt of the causal agent, taking into account knowledge in the field of both forensic medicine and juris-prudence, and philosophy. The authors consider the causal relations that arise and their relationship with the objective and subjective circumstances of the crime. The work notes that in the qualification of the committed act, when deciding on the choice of Part 1 or Part 4 of Article 111 of the Criminal Code of the Russian Federation, special attention should be paid to the names and how, in the specific circumstances of the cases, the acts committed by the causing the harm and the consequences that occur with the victim in terms of the spatial location of parts of his body and head are related to each other.

Keywords: *forensic medical examination, right, philosophy, cause and effect relations, qualification, nose bone fracture, bleeding, aspiration, asphyxia, death*

Обусловленность всех процессов и явлений окружающего материального мира доказана знаниями философии, а именно детерминизмом, указывающим на их взаимозависимость существования вследствие наличия связей между таковыми. Из значительного их разнообразия (связи – функциональные, корреляционные, состояний, структурной устойчивости, строения, развития и др.) выделяют причинно-след-

ственные, являющиеся базовыми, без знания которых невозможно осуществлять оценку вида отношений между объектами, в преломлении содержания конкретных научных дисциплин при решении задач прикладного характера.

Однако, в экспертной практике, существуют случаи, когда мнения авторов расходятся. В судебно-медицинском сообществе, по этому вопросу нет единого мнения, ряд авторов [2] считает связь необходимой, иные случайной [3] и поэтому, по нашему мнению, для его разрешения необходимо привлечение соответствующих специалистов, о чем свидетельствуют профильные публикации [6]. Учитывая это, мы предприняли попытку рассмотреть указанный вопрос через междисциплинарную призму, объединив познания из области судебной медицины, юриспруденции и философии.

Процесс расследования противоправных действий, закончившихся смертью субъекта предполагает возбуждение уголовного дела по статьям УК РФ, в зависимости от состава преступления, в том числе и по ст. 111 – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью с причинением смерти по неосторожности [1].

Известно, что, к важнейшим признакам тяжкого вреда относиться опасность для жизни и при ее наличии повреждение признается тяжким вне зависимости от того, какие оно повлекло последствия. В соответствии с Медицинскими критериями опасным для жизни признается вред, который по своему характеру непосредственно создает угрозу жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающих жизни состояний, в числе которых находится механическая асфиксия. Если сущность содеянного, по содержанию, попадает под ст. 111, т.е. умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, то существенным моментом следует считать неосторожное причинение смерти от нанесения повреждений, вызвавших этот вред, что попадает под норму ч. 4 данной статьи.

Последнее следует из результатов судебно-медицинской экспертизы трупа и если устанавливается необходимая (прямая) причинно-следственная связь между повреждением (ями) и смертью, то применение ч. 4 статьи очевидно, в обратном случае применяются иные ее части. Следовательно, правоприменение ч. 4 ст. 111 напрямую зависит от судебно-медицинской экспертизы, однако, по нашему мнению, столь упрощенная логическая последовательность может привести к юридической ошибке оценки противоправных действий субъекта относительно вменяемой ч. 4, ст. 111 УК РФ.

В качестве примера, нами, рассматривается случай, когда субъекту причиняется перелом (мы) костей лицевого скелета, сопровождающийся кровотечением в верхние дыхательные пути, приводящим к их закрытию и наступлению смерти от обтурационной асфиксии.

Философские познания в части причинно-следственных отношений, определяющие признаки таковых, относят к числу основных признак порождения, который и предопределяет необходимость перехода причины в следствие при наличии определенных условий. К последним, будут относиться внешние обстоятельства, предполагающие особенности расположения головы и тела пострадавшего, а именно, обязательно, лицом вверх. Это встречается при положении тела – лежа на спине, сидя с запрокинутой кзади головой, при этом субъект может находиться в коме (отсутствие сознания) при тяжелой степени алкогольного либо наркотического опьянения, т.е. в беспомощном состоянии. К этому варианту относится и бессознательное положение при черепно-мозговой травме, если, в последующем, смерть наступает не от нее. Исходя из изложенного судебно-медицинский эксперт раскладывает звенья причинно-следственной связи между морфологическими элементами патологических изменений, происходящих от этапа перелома костей до наступления смерти с целью установления их транзитивности. При этом выделяются следующие звенья: перелом костей носа – внутреннее кровотечение в дыхательные пути; скопление крови в дыхательных путях, достаточное по объему, для их полного закрытия – асфиксия (смерть). Каждая

приведенная пара и есть причинно-следственная связь звена (перелом – кровотечение; объем крови – асфиксия).

В данном случае перелом как причина вызывает следствие - кровотечение, в свою очередь кровотечение, уже как причина вызывает скопление крови в дыхательных путях, вызывая с необходимостью наступление следующего следствия обтурационной асфиксии. Следовательно, между переломом костей носа и смертью имеется необходимая (прямая) причинно-следственная связь, при наличии обязательного условия, указанного выше (определенное положение головы и тела). При этом необходимо акцентировать внимание на то, что судебно-медицинский эксперт производит оценку только медицинских патологических процессов, не выходя за рамки своей компетенции (медицинских знаний). Имея подобное заключение, следствием осуществляется юридическая оценка действий субъекта, причинившего перелом костей лицевого скелета, и если, объективная сторона преступления предполагает вину по неосторожности, то это деяние попадает под правоприменение ст. 111, ч. 4, что подтверждается и реализуется и на этапе принятия судебного решения.

Однако, подобный случай целесообразно рассмотреть не только с позиций судебной медицины, как части возникшей проблемы, но и уголовного права. В уголовном праве, как и в философии должно применяться то же понятие причинной связи, поскольку не существует особого, отличного от философского понятия причинности. В то же время можно говорить о специфике причинной связи в уголовном праве. Ориентиром для исследования причинной связи по конкретному уголовному делу является описание объективной стороны состава преступления согласно статьи уголовного закона. Потому, что объективная сторона предусматривает то действие или бездействие, а также общественно опасные последствия, между которыми и устанавливается причинная связь. При этом при решении вопроса об ответственности за наступившие последствия следует исходить из различия между необходимой и случайной причинными связями. Наиболее полное развитие эта точка зрения получила в работах А.А. Пионтковского (1970) [4] и М.И. Ковалева (1991) [5]. Авторы указывают, что всякое сознательное действие субъекта заключается не только в телодвижениях, но и в сознательном управлении теми процессами и механизмами, которые находятся под его контролем или могут быть направлены для достижения поставленных целей. Поэтому изменение характера действия всегда зависит от изменения умысла. Когда обвиняемый не знает об объективных обстоятельствах, сопутствующих его действиям, не рассчитывает на них и не использует их в своих целях, тогда они не считаются элементами его действия и результат, наступивший вследствие этих обстоятельств, объективно случаен и не является результатом его личных действий. Но если субъект сознательно использует данные обстоятельства в своих целях, то они уже становятся элементами его действий, и преступный результат есть необходимое последствий именно его действий.

Изложенное позволяет рассмотреть приведенный выше случай в контексте рассматриваемой проблемы. Очевидно, что наиболее опасным видом рассматриваемого преступления являются деяния, повлекшие по неосторожности смерть пострадавшего (ч. 4, ст. 111). Данный вид причинения тяжкого вреда здоровью представляет собой сложный состав преступления с двумя формами вины умысел (прямой, косвенный, не конкретизированный) по отношению к причинению тяжкого вреда здоровью и неосторожность по отношению к наступившей смерти.

Для умышленного причинения вреда наиболее типичен не конкретизированный умысел, когда виновный предвидит и желает или сознательно допускает причинение вреда здоровью другого лица, но не представляет конкретно объем этого вреда и лишен возможности конкретизировать степень тяжести причиненного вреда. Квалификация содеянного при не конкретизированном умысле определяется в зависимости от фактически наступивших

последствий, поскольку умыслом нападавшего субъекта охватывалось причинение любого вреда здоровью.

Как указывалось выше, при судебно-медицинской экспертизе, перелом костей носа, обусловивший кровотечение в дыхательные пути и развитие асфиксии и состоит в необходимой (прямой) причинно-следственной связи с наступлением смерти, т.к. влечет состояние, угрожающее жизни пострадавшего, попадающего в категорию опасных для жизни повреждений, причиняющих тяжкий вред здоровью. На основании этого определяется субъективная сторона преступления, квалифицирующаяся его по ст. 111 УК РФ и устанавливается объективная сторона деяния, которая может попадать под норму ст. 28 УК РФ и в контексте ст. 111 квалифицироваться как причинение смерти по неосторожности ч. 4.

Обязанность предвидения последствий своего поведения для субъекта устанавливается исходя из специальных требований, предъявляемых к лицам определенной профессии или же на основе общеизвестных правил предусмотрительности, которые должны соблюдаться любым вменяемым человеком. Только тогда, когда субъект, не предвидевший, но обязанный предвидеть и предотвратить, общественно опасные последствия мог, но не сделал этого, имеются основания для признания в содеянном им вины в виде небрежности.

Однако, в нашем случае, при детальном рассмотрении внешних обстоятельств, приведших к смерти, определяется обязательное объективное условие, которое приводит к наступлению смерти – нахождение тела с запрокинутой кзади головой либо пребывании в положении лежа лицом вверх, что обусловливает скапливание крови в дыхательных путях. Следовательно, для установления вины по объективной стороне преступления определяется наличие либо отсутствие необходимой (прямой) причинно- следственной связи между действиями субъекта – причинение перелома и наступлением смерти при обязательном условии определенном пребывании тела и головы пострадавшего. Учитывая достаточное количество положений тела при его падении после воздействия в область носа, предвидеть формирование перелома костей носа, осложнившегося кровотечением с вариантом конечного его расположения, которое и обусловит, в итоге, наступление смерти не может даже лицо, обладающее знаниями медицины, не говоря об ином любом субъекте, к которому предъявляются требования на основе общеизвестных правил предусмотрительности. Из этого следует, что обвиняемый не знает об объективных обстоятельствах, сопутствующих его действиям, не рассчитывает на них и не использует их в своих целях, поэтому они не считаются элементами его действия и результат, наступивший вследствие этих обстоятельств, объективно случаен, т.е. между действиями субъекта (удар в нос) и смертью отсутствует необходимая (прямая) причинно-следственная связь, а значит и форма вины по неосторожности.

Таким образом, в подобных случаях норма не применения ч. 4, ст. 111 УК РФ зависит от установления причинно-следственной связи в аспекте юриспруденции, а не судебно-медицинской экспертизы, что будет предполагать применение ч. 1, ст. 111.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон Рос. Федерации от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ: принят Гос. Думой Рос. Федерации 24 мая 1996 года: одобрен Советом Федерации Федер. Собр. Рос. Федерации 5 июня 1996 года: с изм. по состоянию на 7 июня 2017 года // Собр. законодательства Рос. Федерации. 1996.
2. Зороастров О.М. Проблема установления тяжести вреда здоровью при переломах костей носа, сопровождающихся аспирацией крови в дыхательные пути // Проблемы экспертизы в медицине. 2007. №6. С. 16-17.

3. Туманов Э.В., Николаев Б.С. Проблемы установления причинно-следственной связи при переломе костей носа с аспирацией крови. Вестник судебной медицины. 2013. №3. С. 44-47.
4. Пионтковский А.А. Курс Советского уголовного права. М., 1970. Т. 2. 279 с.
5. Ковалев М.И. Проблемы учения об объективной стороне состава преступления. Красноярск: Изд-во Красноярского университета, 1991. 176 с.
6. Прошутин В.Л., Трефилов В.А., Рамишвили А.Д. Принцип незаменимости причины как основа этиопатогенетического подхода при установлении причинно-следственных отношений в судебной медицине // Медицинская экспертиза и право. М., 2014. №1. С. 51-54.

Об авторах:

Прошутин Владимир Львович – профессор кафедрой судебной медицины Ижевской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, Ижевск, tuzikpro@yandex.ru

Мочагин Павел Владимирович – доцент кафедры криминалистики и судебных экспертиз Удмуртского государственного университета, кандидат юридических наук, Ижевск

Вайтуков Александр Константинович – доцент кафедры философии Удмуртского государственного университета, кандидат философских наук, Ижевск

Прошутин Антон Владимирович – слушатель магистратуры по юриспруденции Удмуртского государственного университета, Ижевск

Vladimir Lvovich Proshutin – Professor, Department of forensic medicine, Izhevsk state medical Academy, Ministry of health of the Russian Federation, doctor of medical Sciences, Professor, Izhevsk, tuzikpro@yandex.ru

Pavel Vladimirovich Mochagin – Associate Professor of the Department of Forensics and Forensic Examinations of the Udmurt State University, Candidate of Legal Sciences, Izhevsk

Alexander Konstantinovich Vaytukov – Associate Professor of Philosophy, Udmurt State University, Candidate of Philosophical Sciences, Izhevsk

Anton Vladimirovich Proshutin – Master's Degree in Jurisprudence of Udmurt State University, Izhevsk

© Прошутин В.Л., Мочагин П.В., Вайтуков А.К., Прошутин А.В., 2019

Саяпина С.М.

О ПРАКТИКЕ НЕСАНКЦИОНИРОВАННОГО ИЗЪЯТИЯ (ВЫЕМКИ) ОРГАНАМИ ДОЗНАНИЯ И СЛЕДСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

В статье проводится анализ правовых основ предоставления медицинскими организациями документации, содержащей сведения, составляющие врачебную тайну, по запросам органов дознания или следствия – как в рамках рассмотрения сообщения о преступлении в порядке ст. ст. 144-145 УПК РФ, так и после возбуждения уголовного дела. Актуальность этой темы подтверждается имеющейся на сегодняшний день практикой несанкционированного изъятия органами дознания и следствия медицинской документации, без предъявления ими соответствующего судебного решения. И такая практика свидетельствует о неразумных рисках (действиях) медицинских организаций, предоставляющих медицинскую документацию не только с нарушением закона (т.е. исключительно по запросам органов дознания и следствия), но и создающих таким образом преждевременно благоприятные условия для активного уголовного преследования своих работников (включая руководителей) в то время, когда в силу ст. 183 УПК РФ на выемку медицинских документов, содержащих сведения, составляющие охраняемую законом врачебную тайну, требуется судебное решение, что, в том числе, было отмечено и Пленумом Верховного Суда РФ в Постановлении от 01.06.2017 №19 «О практике рассмотрения судами ходатайств о производстве следственных действий, связанных с ограничением конституционных прав граждан (статья 165 УПК РФ)».

Ключевые слова: *врачебная тайна, сообщение о преступлении, уголовное дело, уголовный процесс, уголовное преследование, недопустимое доказательство, медицинская документация*

Svetlana Sayapina

ON THE PRACTICE OF UNAUTHORIZED REMOVAL (SEIZURE) OF THE BODIES OF INQUIRY AND INVESTIGATION OF MEDICAL DOCUMENTATION

The article analyzes the legal basis for providing medical organizations with documentation containing information constituting medical confidentiality at the request of the inquiry or investigation authorities – as in the framework of considering a crime report under Art. 144-145 Criminal Procedure Code of the Russian Federation, and after the initiation of criminal proceedings. The relevance of this topic is confirmed by the current practice of unauthorized seizure of medical documentation by the bodies of inquiry and investigation, without presenting an appropriate court decision. And this practice testifies to unreasonable risks (actions) of medical organizations that provide medical documentation not only in violation of the law (that is, solely at the request of inquiry and investigation bodies), but also thus creating prematurely favorable conditions for active prosecution of their employees including managers) at the time when by virtue of art. 183 of the Criminal Procedure Code of the Russian Federation for the seizure of medical documents containing information constituting medical secrets protected by law, a judicial decision is required, which was also noted by the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation in Resolution No. 19 of 01.06.2017 on the conduct of investigative actions related to the restriction of the constitutional rights of citizens (Article 165 of the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation)».

Keywords: *medical confidentiality, crime reporting, criminal case, criminal procedure, criminal prosecution, inadmissible evidence, medical records*

Врачебная тайна является одним из видов охраняемой законом в особом порядке информации и, как ранее (в конце мая 2017 года) указывалось авторами, руководителям и работникам медицинских организаций необходимо дифференцировать проверку сообщения о преступлении, которая осуществляется до возбуждения дела, и предварительное расследование в рамках уже возбужденного уголовного дела, предваряющее судебное разбирательство. Также мы обращали внимание на то, что медицинская организация вправе представить сведения, составляющие врачебную тайну (медицинскую документацию), по запросу органа дознания и следствия (МВД, СК РФ, пр.) без согласия пациента (законного представителя пациента) исключительно в случае осуществления предварительного расследования, которое возможно к проведению лишь после возбуждения уголовного дела [8].

Имеющаяся же на сегодняшний день практика предоставления медицинской документации свидетельствует о неразумных рисках (действиях) медицинских организаций, предоставляющих медицинскую документацию не только с нарушением закона (т.е. исключительно по запросам органов дознания и следствия), но и создающих таким образом преждевременно благоприятные условия для активного уголовного преследования своих работников (включая руководителей).

В связи с чем видится необходимым вновь обратиться к правовым основам предоставления медицинскими организациями документации, содержащей сведения, составляющие врачебную тайну, по запросам органов дознания и следствия, а также к уже имеющимся на этот счет разъяснениям Пленума Верховного суда РФ, изложенным им в Постановлении от 01 июня 2017 №19 «О практике рассмотрения судами ходатайств о производстве следственных действий, связанных с ограничением конституционных прав граждан (статья 165 УПК РФ)» (далее – Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 01.06.2017 №19) [6].

Так, понятие врачебной тайны определено Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4], где в ч. 1 ст. 13 указано, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в соответствии с п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ [4] по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно.

Здесь будет важным ещё раз обратить внимание на то, что по запросу органов дознания и следствия предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в связи с проведением расследования, что является одной из стадий уголовного процесса и означает наличие уже возбужденного уголовного дела [8].

В начальной же стадии уголовного процесса, т.е. до возбуждения уголовного дела проводится не расследование, а проверка сообщения в рамках ст. ст. 144 – 145 УПК РФ [5].

В соответствии с ч. 1 ст. 183 УПК РФ при необходимости изъятия определенных предметов и документов, имеющих значение для уголовного дела, и если точно известно, где и у кого они находятся, производится их выемка.

Если же предметы и документы, содержат иную охраняемую федеральным законом тайну, то, как это указано в ч. 3 ст. 183 УПК РФ, их выемка производится исключительно на основании судебного решения, принимаемого в порядке, установленном статьей 165 УПК РФ.

Согласно положениям п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК РФ только суд, в том числе в ходе досудебного производства, правомочен принимать решения «о производстве выемки предметов и документов, содержащих ... иную охраняемую федеральным законом тайну...».

Именно этот факт (включая разделение стадий уголовного процесса) в том числе положен в основу п. 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 01.06.2017 №19, которым определено, что «согласно положениям п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК РФ, ч. 3 ст. 183 УПК РФ, ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №323-ФЗ) и статьи 9 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 года №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» судебное решение требуется на выемку медицинских документов, содержащих сведения, составляющие охраняемую законом врачебную тайну.

Вместе с тем судам необходимо учитывать, что в соответствии с п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона №323-ФЗ при отсутствии согласия гражданина или его законного представителя отдельные сведения, составляющие врачебную тайну (например, о факте обращения гражданина за медицинской, в том числе психиатрической, помощью, нахождении на медицинском учете), могут быть представлены медицинской организацией без судебного решения по запросу следователя или дознавателя в связи с проведением проверки сообщения о преступлении в порядке, установленном статьей 144 УПК РФ, либо расследованием уголовного дела» [6].

И в противовес некоторым авторам [9], утверждающим, что данным Постановлением [6] Пленум Верховного РФ суда якобы приравнял полномочия должностных лиц при проведении расследования уголовных дел и при проведении проверок по сообщениям о преступлениях будет важным отметить, что это неправильные выводы. На самом деле Пленум Верховного суда РФ своими разъяснениями иными словами обратил внимание на то, что:

1. врачебная тайна – охраняемая законом в особом порядке информация – может содержаться как в медицинской документации, так и в отдельных сведениях;
2. на выемку медицинских документов, содержащих сведения, составляющие охраняемую законом врачебную тайну, требуется судебное решение;
3. на получение отдельных сведений, составляющих врачебную тайну (например, о факте обращения гражданина за медицинской, в том числе психиатрической, помощью, нахождении на медицинском учете), судебного решения не требуется; при этом такие сведения могут предоставляться по запросу органов дознания и следствия как в рамках уголовного дела, так в рамках проверки сообщения о преступления, проводимой в порядке, предусмотренном ст.ст. 144-145 УПК РФ.

При этом последнее видится спорным, так как процедура проверки сообщения о преступления, проводимой в порядке, предусмотренном ст.ст. 144-145 УПК РФ, не является расследованием, в соответствии с которым медицинская организация в силу закона [4] имеет право предоставить сведения, составляющие врачебную тайну, по запросам органов дознания и следствия.

Вместе с тем следует отметить, что согласно Федеральному конституционному закону от 05.02.2014 №3-ФКЗ «О Верховном Суде Российской Федерации» Пленум Верховного суда наделен полномочиями (кроме прочего) рассматривать материалы анализа и обобщения судебной практики и давать судам разъяснения по вопросам судебной практики в целях обеспечения единообразного применения законодательства Российской Федерации [3].

И в данных разъяснениях скорее всего учтено, что получение от медицинских организаций органами дознания и следствия «отдельных сведений, содержащих врачебную тайну (например, о факте обращения гражданина за медицинской, в том числе психиатрической, помощью, нахождении на медицинском учете)», позволит в дальнейшем при заявлении ходатайства о производстве выемки медицинских документов обосновать суду, что ходатайствующему «точно известно, где и у кого они находятся» (ч. 1 ст. 183 УПК).

О судебной практике в случае оспаривания действий следователя, связанных с несанкционированным изъятием медицинской документации

Здесь будет интересным привести пример, когда Апелляционным постановлением от 22 августа 2018 г. №22К-4855/2018 по делу №22К-4855/2018 решение Октябрьского районного суда г. Краснодара [7], которым действия следователя следственного отдела по Центральному внутригородскому округу г. Краснодара СУ СК РФ по Краснодарскому краю Ш. по проведению обыска в помещении «Э» от 24.05.2018 признаны незаконными, оставлено без изменения, а апелляционное представление прокурора – без удовлетворения.

В апелляционном представлении прокурор просил постановление суда отменить ввиду его незаконности и необоснованности, вынесенного с нарушением уголовно-процессуального закона и жалобу направить на новое рассмотрение. В обоснование доводов указал, что в описательно-мотивировочной части решения не отражено, где именно и когда проведено обжалуемое следственное действие в рамках какого уголовного дела и с какой целью, что именно было обнаружено и изъято при его производстве, ошибочно указано. Что обыск проводился сотрудниками полиции, тогда как он выполнен следователем СКР. Фактически за основу при рассмотрении жалобы и вынесении и постановления приняты только доводы заявителя, без учета предоставленных следователем материалов уголовного дела. Доводы суда о том, что для изъятия в «Э» журналов приема и движения амбулаторных и стационарных пациентов, якобы содержащих сведения о состоянии здоровья пациента, его диагнозе и требовалось решение суда на основании п. 7 ч. 1 ст. 29 УПК РФ, являются несостоятельными, поскольку в ч. 1 указанной статьи имеются только 4 пункта, а п. 7 ч. 2 этой же статьи регламентирует принятие судом решения о производстве выемки предметов, документов, содержащих государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну, а также предметов и документов, содержащих информацию о вкладах и счетах граждан в банках и иных кредитных организациях. То есть отраслевое законодательство предусматривает возможность изъятия сведений, составляющих врачебную тайну, при отсутствии судебного решения. Также автор представления указал, что на момент принятия решения о производстве обыска следователь объективно не может располагать точной информацией о том, где находится подлежащий изъятию объект, у кого он находится, и какие объекты, обнаруженные при обыске, будут иметь значение для уголовного дела. Анализ изъятых <...> в «Э» предметов и документов позволяет прийти к выводу о том, что они имеют отношение к уголовному делу в отношении О. Удостоверение сотрудника ФСБ РФ на имя Д. изъято в связи с тем, что оно имело признаки подделки, что согласуется с положениями ч. 9 ст. 182 УПК РФ. При этом на основании ч. 6 ст. 182 УПК РФ при производстве обыска могут вскрываться любые помещения, если владелец отказывается добровольно их открывать.

Изучив материалы дела, обсудив доводы апелляционного представления, суд апелляционной инстанции находит постановление суда законным и обоснованным.

Согласно п. 1 ст. 182 УПК РФ, основанием производства обыска является наличие достаточных данных полагать, что в каком-либо месте или у какого-либо лица могут находится орудия преступления, предметы, документы и ценности, которые могут иметь значение для уголовного дела.

Суд обоснованно пришел к выводу, что при проведении обыска в помещении «Э» нарушены требования п. 7 ч. 1 ст. 29 УПК РФ, согласно которой, только суд, в том числе на стадии досудебного производства, правомочен принимать решения о выемке документов, содержащих иную охраняемую федеральным законом тайну.

Как следует из материалов дела при производстве обыска в «Э» сотрудниками без судебного решения изъяты журналы приема и движения амбулаторных и стационарных пациентов, содержащие сведения о фактах обращения граждан за оказанием медицинской помощи, а также о состоянии их здоровья и диагнозе с указанием медицинских манипуляций и процедур, чем грубо нарушены гарантированные ч. 1 ст. 23 Конституцией РФ [2], Конвенцией о защите прав человека и основных свобод

[1], а также уголовно-процессуальным законом права граждан на неприкосновенность частной жизни и личную тайну.

Суд апелляционной инстанции согласился с выводом суда первой инстанции, о том, что при производстве обыска были нарушены требования уголовно-процессуального закона, а именно при производстве обыска в «Э» предварительным следствием не был указан конкретный перечень предметов и документов, подлежащих изъятию.

А также указал на то, что выводы суда, изложенные в постановлении, соответствуют фактическим обстоятельствам, установленным в ходе рассмотрения жалобы заявителя Д., нарушений уголовно-процессуального законодательства не выявлено, постановление вынесено в соответствии с требованиями уголовно-процессуального законодательства, а также с учётом исследования доводов сторон.

Нарушений норм уголовно-процессуального закона, влекущих отмену постановления, по делу не имелось.

Оснований для отмены постановления суда по доводам, изложенным в апелляционном представлении прокурора, также не имелось [7].

Таким образом, знание и понимание правовых основ санкционированного изъятия медицинской документации и сведений, содержащих врачебную тайну, являются не только актуальными, но и позволят медицинской организации при взаимодействии с органами дознания или следствия отстоять свою обязанность предоставлять медицинскую документацию исключительно на законных основаниях.

Список литературы:

1. Конвенция о защите прав человека и основных свобод // URL: http://base.garant.ru/2540800/ (дата обращения 27.05.2019).
2. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 // URL: http://ivo.garant.ru/#/document/10103000/paragraph/14366:1 (дата обращения 27.05.2019)
3. Федеральный конституционный закон от 05.02.2014 №3-ФКЗ «О Верховном Суде Российской Федерации». «Собрание законодательства РФ», 10.02.2014, №6, ст. 550.
4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. Собрание законодательства РФ 2011.11.28, №48, ст. 6724.
5. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ. Собрание законодательства РФ, 24.12.2001, №52 (ч. I), ст. 4921.
6. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 01.06.2017 №19 «О практике рассмотрения судами ходатайств о производстве следственных действий, связанных с ограничением конституционных прав граждан (статья 165 УПК РФ)». «Российская газета», №125, 09.06.2017.
7. Апелляционное постановление №22К-4855/2018 от 22 августа 2018 г. по делу №22К-4855/2018. URL: //sudact.ru/regular/doc/WhZmOjoQa7LB/ (дата обращения 27.05.2019).
8. Саяпина С.М., Рощин Д.О. Врачебная тайна в уголовном преследовании // Медицинское право: теория и практика. 2017. Т. 3. №1 (5). С. 222-227.
9. Тарасенко Е.А. Изъятие документов и предметов в ходе проведения проверки сообщения о преступлении путем ограничения охраняемых законом прав граждан // Законность. 2018. №6. С. 46-49.

Об авторе:

Саяпина Светлана Михайловна – преподаватель программ MBA, MPA, управления персоналом медицинской организации Московского Городского Университета Управления Правительства Москвы, Москва, kpindyurin@gmail.com

Svetlana Mikhailovna Sayapina – lecturer in MBA, MPA programs, personnel management of the medical organization of Moscow State University of the Government of Moscow, Moscow

© Саяпина С.М., 2019

Филатова Д.А., Поспелова С.И.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ «НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ»

В данной статье на основании материалов нормативно-правовых актов выявлены основные признаки преступления «Неоказание помощи больному» (ст. 124 УК РФ). Сложность правовой оценки таких преступлений порождает разность подходов правоприменителя к их квалификации. Выявлено, что в ряде случаев ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей квалифицируется как неоказание помощи больному. Кроме того, наблюдается неоднозначный подход к определению формы вины совершаемого преступления. Также выявлены случаи квалификации неоказания помощи больному как «Оставление в опасности» (ст. 125 УК РФ). Для профилактики указанных сложностей необходимо принятие соответствующих разъяснений Пленума Верховного Суда Российской Федерации, а также повышение правовой грамотности правоприменителей в сфере медицинского права. Комплексный подход поможет унифицировать процесс квалификации «медицинских дел» и защитить права как пациентов, так и медицинских работников.

Ключевые слова: *неоказание помощи больному, уголовная ответственность, бездействие, оставление в опасности, ненадлежащее оказание медицинской помощи*

Daria Filatova, Svetlana Pospelova

SOME PROBLEMS OF QUALIFICATION OF CRIME «FAILURE TO ASSIST A PATIENT»

In this article the main features of the crime «Failure to provide assistance to the patient» (Art. 124 of the Criminal Code of RF) are identified on the basis of materials of normative legal acts. The complexity of the legal assessment of such crimes generates a difference in the approaches of the law enforcement officer to their qualification. It was found that in some cases the improper performance of medical worker's professional duties is qualified as failure to provide assistance to the patient. In addition, there is an ambiguous approach to determine the form of guilt of the crime. Also cases of qualification of failure to help the patient as «Leaving in danger» (Art. 125 of the Criminal Code of RF) are identified. To prevent these difficulties, it is necessary to adopt appropriate explanations of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation, as well as to increase the legal literacy of law enforcement officers in the field of medical law. An integrated approach will help to unify the qualification process of «medical cases» and protect the rights of both patients and health workers.

Keywords: *failure to provide assistance to the patient, criminal liability, inaction, abandonment in danger, inadequate medical care*

Согласно Федеральному закону №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] (далее – Закон №323-ФЗ) к основным принципам охраны здоровья относятся приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (ст. 6), ее доступность и качество (ст. 10), а также недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11).

Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со

специальным правилом, является преступлением, предусмотренным статьей 124 Уголовного Кодекса Российской Федерации [1] (далее – УК РФ). Данное преступление представляет собой полное бездействие лица, которое в силу закона или обязательного правила обязано оказывать первую помощь, если оно повлекло вред здоровью средней тяжести или более тяжкие последствия для потерпевшего. Если действия, направленные на оказание медицинской помощи, были выполнены в не полном объеме или не соответствовали порядкам, стандартам оказания медицинской помощи или клиническим рекомендациям, в результате чего здоровью пострадавшего был нанесен тяжелый вред, то такое деяние квалифицируется по статье 118 ч. 2 УК РФ «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». При причинении подобными действиями смерти дело расследуется по статье 109 ч. 2 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». Кроме того, УК РФ содержит статью 125 – «Оставление в опасности», которая предусматривает уголовную ответственность за сам факт оставления в опасности, т.е. непринятие мер по оказанию помощи лицу, находящемуся в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенному возможности к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности.

Сложность правовой оценки таких преступлений порождает разность подходов правоприменителя к их квалификации [13]. Для того, чтобы продемонстрировать правовую природу проблемы, приведем сравнительную характеристику составов преступлений по вышеуказанным статьям УК РФ, а также наказаний, которые следуют за них, представленные в таблицах 1 и 2 (см. стр. 84, 85).

По данным, представленным в таблице 1 видно, что главным отличием анализируемых статей друг от друга является объективная сторона преступления:

- в статьях 124 и 125 УК РФ преступлением считается только бездействие;
- статьи 109 и 118 УК РФ трактуют преступление как действие или бездействие.

Кроме того, есть существенное различие и в субъективной стороне: статья 125 УК РФ характеризуется прямым умыслом, все остальные вышеназванные статьи – неосторожностью.

Из сведений, представленных в таблице 2 следует, что:

- причинение вреда здоровью средней тяжести наказывается только по статье 124 УК РФ;
- причинение тяжкого вреда здоровью – по статьям 124 и 118 ч. 2 УК РФ;
- причинение смерти – по статьям 124 и 109 ч. 2 УК РФ;
- отсутствие последствий совершения преступления влечет за собой наказание только по статье 125 УК РФ, которая имеет формальный состав преступления.

Обратимся к содержанию вышеназванных статей и определим особенности правоприменительной практики по привлечению медицинских работников к ответственности за соответствующие преступления.

1. Статья 124 УК РФ «Неоказание помощи больному»:

- Преступление совершается в виде бездействия. Виновный не выполняет действий, необходимых в данной ситуации для спасения жизни, облегчения страданий потерпевшего или его лечения. Существует мнение, что преступление может воплотиться и в частичном бездействии (непринятии всего комплекса медицинских мер, некачественном лечении и т.п.). Вряд ли это верно. Закон различает понятия неоказания помощи и ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч.2 ст. 118), с чем нельзя не считаться [8]. По смыслу закона неоказание помощи больному может выражаться в следующих формах: неявка медицинского работника по вызову, отказ принять больного в больницу, неоказание стационарной помощи в лечебном учреждении; невызов специалиста обязанным лицом, которое оказалось некомпетентным в конкретной ситуации; отказ в оказании первой помощи.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика составов преступлений, предусмотренных статьями 124, 125, 109 ч. 2 и 118 ч. 2 УК РФ

Состав преступления	Ст.124 УК РФ	Ст.109 ч. 2 УК РФ	Ст.118 ч. 2 УК РФ	Ст. 125 УК РФ
Объект преступления	Жизнь и здоровье человека	Жизнь и здоровье человека	Здоровье человека	Жизнь и здоровье человека, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности
Объективная сторона преступления	Бездействие, т.е. невыполнением действий, которые возложены на виновного законом или специальным правилом, повлекшее причинение здоровью больного вреда средней тяжести (ч.1); тяжкого вреда или смерти (ч.2).	Действие или бездействие, нарушающее те или иные правила предосторожности и в результате причиняющее смерть другому человеку	Действие или бездействие, нарушающее те или иные правила предосторожности и причиняющее соответственно тяжкий или средней тяжести вред здоровью другого человека	Бездействие. NB! Статья с формальным составом
Субъект преступления	Физическое лицо, достигшее 16 лет и обязанное оказывать больному медицинскую помощь	Физическое лицо, достигшее 16 лет, по ч. 2 ст. 109 УК РФ специальный субъект (лицо определенной профессии, осуществляющее свои функции в соответствии с данной профессией)	Физическое лицо, достигшее 16 лет, по ч. 2 ст. 118 УК РФ специальный субъект (лицо определенной профессии, осуществляющее свои функции в соответствии с данной профессией)	Физическое лицо, достигшее 16 лет, имевшее возможность оказать помощь потерпевшему и обязанное заботиться о нем либо поставившее его в такое опасное состояние
Субъективная сторона преступления	Неосторожность (легкомыслие или небрежность)	Неосторожность (легкомыслие или небрежность)	Неосторожность (легкомыслие или небрежность)	Прямой умысел

Таблица 2.

Сравнительная характеристика наказаний, предусмотренных за преступления по статьям 124, 125, 109 ч. 2 и 118 ч. 2 УК РФ

Последствия	Ст. 124 УК РФ	Ст. 109 ч. 2 УК РФ	Ст. 118 ч. 2 УК РФ	Ст. 125 УК РФ
1	2	3	4	5
Вред здоровью средней тяжести	1. штраф в размере до 40 000 руб. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 мес.; 2. обязательные работы на срок до 360 часов; 3. исправительные работы на срок до 1 года; 4. арест на срок до 4 мес.	–	–	в зависимости от других обстоятельств дела
Тяжкий вред здоровью	1. принудительные работы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового; 2. лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.	–	1. ограничение свободы на срок до 4 лет; 2. принудительные работы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового; 3. лишение свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.	в зависимости от других обстоятельств дела

Таблица 2 (продолжение)

1	2	3	4	5
Смерть	1. принудительные работы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового; 2. лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.	1. ограничение свободы на срок до трех лет; принудительные работы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового; 2. лишение свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.	–	в зависимости от других обстоятельств дела
Отсутствие последствий, факт совершения общественно-опасного деяния (действия или бездействия)	–	–	–	1. штраф в размере до 80000 руб. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес.; 2. обязательные работы на срок до 360 часов; 3. исправительные работы на срок до 1 года; 4. принудительные работы на срок до 1 года; 5. арест на срок до 3 мес.; 6. лишение свободы на срок до 1 года

· Важным обстоятельством является установление причинной связи между бездействием виновного и фактически наступившими последствиями для потерпевшего – причинение средней тяжести или тяжкого вреда здоровью, либо наступление смерти больного.

· Наличие в законе такого основания наступления уголовной ответственности, как отсутствие уважительных причин, свидетельствует о том, что всякого рода врачебная ошибка в диагностировании заболевания больного сама по себе не может явиться достаточным основанием для уголовного преследования медицинского работника по данной статье.

· Важным вопросом является также форма вины по ст. 124 УК РФ. Субъективная сторона неоказания помощи больному характеризуется неосторожной формой вины: лицо, отказывая или уклоняясь от оказания помощи, предвидит возможность причинения вреда здоровью больного, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на предотвращение такого вреда (например, надеется, что помощь окажет другой живущий невдалеке медицинский работник) либо не предвидит возможности причинения вреда здоровью в результате неоказания помощи больному, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть наступление вреда (например, врач отказался обследовать больного, заявив, что, судя по словам родственников, ничего страшного не произошло; если бы обследование было проведено, итог мог быть иным). Существует спорное мнение, что данное преступление характеризуется двойной формой вины: умысел по отношению к бездействию и неосторожность по отношению к последствию. Согласно ст. 27 о преступлении, совершенном с двумя формами вины, можно говорить лишь в случае, когда результатом совершения умышленного преступления являются тяжкие последствия, усиливающие уголовную ответственность. Речь, следовательно, идет о квалифицированных составах. Применительно к основному составу нельзя говорить о двух формах вины, поскольку деяние само по себе преступным не является. Оно способно повлечь дисциплинарную, административную или общественную ответственность. Следовательно, преступление совершается с единой формой вины – по неосторожности [8].

Вместе с тем, если обратиться к истории развития уголовного законодательства, то можно обнаружить различия в составе преступления «Неоказание помощи больному». Согласно ст. 128 УК РСФСР сам факт неоказания помощи больному без уважительных причин признавался преступным [2], то есть ответственность наступала вне зависимости от наличия последствий, статья имела формальный состав. Это серьезно расширяло основание уголовной ответственности, что приводило к смешению преступления и дисциплинарного или аморального проступка [9]. На сегодняшний день состав преступления в статье 124 УК РФ сконструирован по типу материального. Преступление окончено с момента наступления как минимум вреда здоровью средней тяжести.

2. Статья 125 УК РФ «Оставление в опасности»:

· Преступление совершается исключительно путем бездействия, которое выражается в умышленном оставлении без помощи лица, находящегося в опасном для жизни и здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению. Состояние потерпевшего характеризуется малолетним возрастом, старостью, болезнью, а равно иным беспомощным состоянием, понятие которого в законе не определено исчерпывающим перечнем. Поэтому беспомощное состояние может быть обусловлено, например, беременностью, физическим недоразвитием, очевидным отсутствием навыков выживания в конкретных условиях (в горах, на дрейфующем судне и т.д.).

· Обязательным условием наступления уголовной ответственности является наличие одного из следующих обстоятельств:

1) виновный имел возможность оказать помощь лицу и был обязан иметь о нем заботу;
2) виновный сам поставил лицо в опасное для жизни и здоровья состояние [12].

3. Статья 109 ч. 2 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»:

Объектом преступления является жизнь человека, как и в убийстве (ст. ст. 105-108 УК РФ), но причинение смерти по неосторожности по УК РФ не считается убийством. Употребление более широкого понятия в комментируемой статье позволяет свободно оперировать этой нормой в случаях неосторожного лишения жизни потерпевшего в процессе осуществления виновным профессиональной деятельности при нарушении каких-либо правил безопасности (если отсутствует специальная норма в УК РФ) [11].

4. Статья 118 ч. 2 УК РФ «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»:

· Признаки тяжкого вреда здоровью названы в ч. 1 ст. 111 УК РФ. При совершении данного преступления вина может выражаться как в форме легкомыслия, так и в форме небрежности (ст. 26 УК РФ). Причинение по неосторожности среднего и легкого вреда здоровью не влечет уголовной ответственности.

· В части 2 данной статьи впервые говорится о совершении данного преступления вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Повышение ответственности в этих случаях связано с тем, что лицо, исполняющее профессиональные обязанности, должно соблюдать наряду с общими и специальные правила безопасности, обусловленные профессиональной деятельностью. Данная статья не применяется, если причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в процессе исполнения профессиональных обязанностей предусмотрено специальными нормами (например, ст.ст. 216, 219, 263, 264, 266, 269 УК РФ).

· Данное преступление следует отличать от умышленного причинения вреда здоровью, а также от невиновного причинения вреда здоровью, т.е. случая (казуса). Невиновное причинение тяжкого вреда здоровью имеет место, если лицо не предвидело возможности наступления такого вреда и по обстоятельствам дела не должно было или не могло его предвидеть, а также если лицо хотя и предвидело возможность его наступления, но не могло предотвратить в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам (ст. 28 УК РФ) [10].

Стоит уточнить определение понятия «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей», которое судами рассматривается как поведение лица, полностью или частично не соответствующее официальным требованиям или предписаниям, предъявляемым к лицу, в результате чего наступает смерть потерпевшего. Обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности должно быть установление правовых предписаний, регламентирующих поведение лица в той или иной профессиональной сфере [5].

Приведем примеры некоторых спорных случаев квалификации неоказания помощи больному.

1. Ненадлежащее оказание медицинской помощи (ст. 109 ч. 2 УК РФ) квалифицировано как «Неоказание помощи больному» (ст. 124 УК РФ)

Врач-хирург хирургического отделения стационара находился на дежурстве. Потерпевший, находясь в состоянии алкогольного опьянения в присутствии двух очевидцев упал, ударившись головой об асфальтовое покрытие. После этого на место происшествия была вызвана бригада скорой медицинской помощи, и он был доставлен в хирургическое отделение к дежурному хирургу для квалифицированного врачебного осмотра и обследования. Однако последний, не проводя медицинского обследования, необоснованно констатируя отсутствие хирургической, травматологической патологии, в госпитализации потерпевшего в хирургическое отделение отказал. После чего врач дал рекомендацию бригаде скорой медицинской помощи о помещении потерпевшего в отделение скорой медицинской помощи указанного медицинского учреждения. Потерпевший скончался в реанимационном отделении.

Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы трупа смерть наступила в результате получения закрытой черепно-мозговой травмы, осложнившейся в своем течении травматическим отеком головного мозга, вторичными кровоизлияниями в продолговатый мозг и мелкоочаговой лейкоцитарной пневмонией, что и явилось непосредственной причиной смерти.

При осмотре потерпевшего хирургом состояние было оценено неправильно. Не установлены имевшиеся повреждения мягких тканей головы; не установлены симптомы, характерные для имевшейся закрытой черепно-мозговой травмы с переломом костей свода черепа и формирующимся кровоизлиянием под твердую мозговую оболочку. Необходимые дополнительные обследования (рентгенография, компьютерная томография, анализ спинномозговой жидкости и т.д.) назначены и проведены не были. Проигнорирован анамнез травмы и данные карты вызова скорой медицинской помощи. Комиссия считает, что медицинская помощь при поступлении в медицинское учреждение не была оказана.

Несвоевременное обследование, несвоевременная постановка правильного диагноза привели к накоплению обширного кровоизлияния под твердой и паутинной оболочками головного мозга, нарастанию отека головного мозга, смещению головного мозга (дислокации) и, как следствие, привело к возникновению вторичных кровоизлияний в стволовые отделы головного мозга и наступлению смерти. Сделанное врачом-хирургом заключение об отсутствии хирургической и черепно-мозговой патологии не позволило своевременно начать необходимое лечение в ближайшие часы после поступления пациента в больницу.

Суд усмотрел между бездействием врача (неоказанием медицинской помощи) и наступившими неблагоприятными последствиями черепно-мозговой травмы в виде наступления смерти прямую причинно-следственную связь. Имевшаяся тупая закрытая черепно-мозговая травма является крайне тяжелой, при своевременном выполнении операции выздоровление не гарантировано. Вместе с тем, своевременное проведение оперативного вмешательства значительно увеличивало шансы на благоприятный исход травмы.

Таким образом, врач-хирург хирургического стационара, являясь лицом, обязанным в соответствии с законом и специальным правилом оказывать больному медицинскую помощь, находясь на дежурной смене в медицинском учреждении, без уважительных причин не оказал какой-либо медицинской помощи потерпевшему. При этом врач, имея высшее медицинское образование, квалификацию по специальности «Лечебное дело», большой стаж и профессиональный опыт работы по медицинской специальности, будучи сертифицированным специалистом, обладая достаточными знаниями для организации своевременного и неотложного выполнения диагностических процедур и лечебных мероприятий, должен был и мог предвидеть, что не выполнение им требований вышеуказанных нормативно-правовых актов по оказанию скорой медицинской помощи больному приведет к ухудшению состояния здоровья последнего с наступлением неблагоприятного исхода в виде смерти. Каких-либо препятствий для оказания медицинской помощи врачом-хирургом не имелось.

По приговору суда врач был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ст. 124 ч. 2 УК РФ, ему назначили ему наказание в виде 1 года 6 месяцев лишения свободы, с лишением права заниматься медицинской деятельностью сроком на 1 год 6 месяцев (условное наказание с испытательным сроком 1 год 6 месяцев) [7].

На первый взгляд решение суда справедливо, но при более внимательном прочтении материалов дела, в частности, заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы, видно, что причиной смерти пострадавшего явилась неправильная оценка его состояния. Очевидно, что для того, чтобы установить отсутствие хирургической патологии, требуется провести первичный осмотр, что очевидно было сделано. Значит, деяние осужденного не представляло из себя бездействие, и квалифицировать его по ст. 124 ч. 2 УК РФ

представляется не совсем объективным. Мы считаем, что в данном случае была возможность переквалифицировать деяние осужденного на ст. 109 ч. 2 УК РФ, так как факт ненадлежащего исполнения хирургом своих профессиональных обязанностей, безусловно, имел место.

Вместе с тем необходимо отметить, что в судебной практике встречаются случаи грамотной и обоснованной переквалификации деяний подсудимых. Приведем пример переквалификации со ст. 124 ч. 2 УК РФ на ст. 109 ч. 2 УК РФ.

Врач-хирург, находясь при исполнении должностных обязанностей на дежурстве, при доставлении в больницу пациента с колото-резаным ранением грудной клетки слева, без уважительной причины, в нарушение ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не зафиксировал в медицинской документации решения о медицинском вмешательстве без согласия гражданина и последующем уведомлении должностных лиц медицинской организации, проведя первичную хирургическую обработку, ревизию и ушивание раны, неполно установив диагноз и не проведя необходимых мероприятий в виде восполнения объема циркулирующей крови, введения кардиотропных препаратов и седативных веществ, постельного режима и динамического наблюдения, в нарушение п. 12 Порядка оказания плановой медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями, не госпитализировал больного в хирургическое отделение, поместив его до вытрезвления в палату динамического наблюдения приемного покоя, откуда потерпевший был доставлен к зданию ОМВД России по Ленинградской области, где его состояние резко ухудшилось, в связи с чем больной был повторно доставлен в приемный покой больницы, где скончался в реанимационном отделении от колото-резаного проникающего ранения грудной клетки с повреждением левого легкого, сопровождавшегося острой кровопотерей и осложнившегося геморрагическим и травматическим шоком, которое по признаку опасности для жизни квалифицируется как тяжкий вред здоровью.

Суд пришел к выводу, что смерть наступила вследствие неисполнения своих профессиональных обязанностей врачом-хирургом, которые не желал и не предвидел возможности наступления общественно опасных последствий в виде смерти в результате неоказания ему помощи, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия.

В апелляционной жалобе адвокат просит приговор отменить и вынести оправдательный приговор, поскольку выводы суда не соответствуют фактическим обстоятельствам дела:

- *вывод суда об отказе врача от выполнения своих должностных обязанностей не соответствует материалам дела, поскольку осуждённый провел все необходимые мероприятия в соответствии с поставленным им диагнозом, а допущенная им ошибка в диагнозе преступлением не является;*
- *обращает внимание, что согласно заключению судебно-медицинских экспертов, смерть потерпевшего наступила от причиненного ему другим лицом колото-резаного проникающего ранения грудной клетки с повреждением левого легкого; полагает, что данное обстоятельство свидетельствует об отсутствии причинно-следственной связи с действиями врача;*
- *стороной обвинения не представлено доказательств того, что на момент осмотра врачом у потерпевшего имелись признаки проникающего ранения, которые бы требовали восполнения объема циркулирующей крови, введения седативных средств и кардиотропных препаратов; что вывод о необходимости этих действий сделан при посмертном исследовании, а не на основании прижизненных данных о состоянии его здоровья.*

На этапе стационарной медицинской помощи экспертная комиссия усматривает следующие дефекты оказания медицинской помощи. При наличии у пострадавшего травмы, сопровождавшейся кровопотерей, необходимо было проведение следующих мероприятий:

- *восполнение объема циркулирующей крови; введение кардиотропных препа-*

ратов (направленных на поддержание деятельности сердца и системы кровообращения);

- *введение седативных средств (направленных на уменьшение первичных проявлений шока);*
- *постельный режим и динамическое наблюдение (при ухудшении самочувствия – искусственная вентиляция легких и перевод в реанимационное отделение), в том числе клинико-лабораторное, в частности за объемом циркулирующей крови.*

Данные мероприятия выполнены не были, о чем свидетельствует отсутствие записей об их проведении в медкарте стационарного больного, факт наступления смерти больного от кровопотери, сопровождавшей течение полученной им колото-резаной травмы груди. Между установленными дефектами оказания медицинской помощи и смертью пострадавшего усматривается непрямая (опосредованная) причинно-следственная связь. При выполнении больному указанных лечебных мероприятий (своевременном и качественном оказании медицинской помощи), наступление летального исхода можно было предотвратить.

Вместе с тем, суд апелляционной инстанции полагает, что суд первой инстанции, правильно установив фактические обстоятельства дела, пришел к неправильному выводу о форме вины осужденного, и дал его действиям неправильную юридическую оценку.

Субъективной стороной преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, является прямой умысел, направленный на неоказание помощи, и неосторожная вина по отношению к последствиям своих действий. Квалифицируя действия врача таким образом, суд первой инстанции пришел к выводу, что осужденный действовал умышленно, не желая без уважительных причин должным образом исполнять свои профессиональные обязанности. Вместе с тем, согласно показаниям осужденного, у него отсутствовали умысел на игнорирование своих обязанностей врача и намерение не оказывать помощь пациенту; объем предоставленной помощи соответствовал постановленному им диагнозу, как оказалось впоследствии – неверному.

Кроме того, из показаний свидетелей, а также заключений экспертов усматривается, что в отношении пациента были назначены диагностические мероприятия: сделан рентген, произведен анализ крови; также осужденным была произведена первичная хирургическая обработка раны, ее ревизия пальцем, а после этого – наложение швов и асептической повязки. Видно, что деяния подсудимого отнюдь не представляли собой бездействие.

По смыслу закона, ненадлежащее оказание помощи больному медицинским работником при отсутствии умысла (ввиду неправильной оценки состояния здоровья, ошибки в диагнозе и т.д.), не может служить основанием для привлечения к ответственности по данной статье, но может служить основанием для привлечения к ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ при наличии неосторожной вины и причинной связи между ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей и наступившими последствиями в виде причинения смерти.

Наличие опосредованной причинно-следственной связи между ненадлежащим исполнением врачом своих профессиональных обязанностей и смертью потерпевшего установлено заключениями экспертов.

Суд апелляционной инстанции пришел к выводу, что совокупность представленных и исследованных по делу доказательств объективно свидетельствует о том, что смерть больного явилась результатом небрежного отношения осужденного к своим профессиональным обязанностям, а потому считает необходимым переквалифицировать его действия с ч. 2 ст. 124 УК РФ на ч. 2 ст. 109 УК РФ как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.»

В результате первоначально назначенное наказание в виде 2 лет лишения свободы с лишением права заниматься медицинской деятельностью сроком на 2 года (условное наказание, с испытательным сроком 2 года) было заменено на лишение свободы сроком на 1 год 6 месяцев, с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок 1 год 6 месяцев (условное наказание, с испытательным сроком 2 года). Позднее на основании Постановления Государственной Думы РФ от 24.04.2015 года №6576-6 ГД «Об объявлении амнистии в связи с 70-летием Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов», врач от назначенного наказания был освобожден со снятием судимости [6].

2. «Неоказание помощи больному» (ст. 124 УК РФ) и «Оставление в опасности» (ст. 125 УК РФ)

Президиум Верховного Суда рассмотрел уголовное дело по надзорной жалобе на постановление районного суда и определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда. Заслушав доклад судьи Верховного суда, объяснения заявителя и его представителя, просивших отменить судебные постановления и материал направить на новое судебное рассмотрение, мнение заместителя прокурора, полагавшего необходимым надзорную жалобу оставить без удовлетворения, президиум установил: Постановлением следователя отказано в возбуждении уголовного дела по ч. 1 ст. 124 УК РФ.

Постановлением районного суда это постановление следователя оставлено без изменения, жалоба заявителя – без удовлетворения. В кассационном порядке данное постановление районного суда также оставлено без изменения.

В надзорной жалобе заявитель просит отменить постановление районного суда и определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда. В обоснование своей просьбы заявитель указывает, что он был доставлен в больницу с диагнозом «гипертонический криз», в течение 4 часов ему не оказывалась медицинская помощь врачом. В этот же день по просьбе заявителя сын отвез и уложил его в больницу. После выписки он обратился с жалобой на врача в министерство здравоохранения, которая была рассмотрена с привлечением экспертной комиссии. В ходе проверки заявления следователем неоднократно выносилось постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, дважды такое решение отменялось вышестоящим должностным лицом, однако и этим же следователем вынесено решение об отказе в возбуждении уголовного дела. По мнению заявителя, такое решение вынесено следователем без учета заключения экспертной комиссии, при этом не выполнены указания начальника следственного отдела о дополнительной проверке заявления с истребованием медицинской карточки больного и назначения по ней медицинского исследования на предмет установления тяжести вреда здоровью. Заявитель считает, что отсутствие средней тяжести вреда здоровью не оправдывает врача, поскольку в таком случае в его действиях имеются признаки иного состава преступления, предусмотренного ст. 125 УК РФ, то есть оставления в опасности.

Проверив надзорную жалобу и представленные материалы, президиум находит, что указанные в надзорной жалобе доводы не могут быть признаны обоснованными. Из имеющихся материалов следует, что в приемно-диагностическое отделение Республиканской больницы скорой помощью доставлен больной в возрасте 81 года с диагнозом «гипертонический криз». Согласно материалам проверки, у него было установлено повышенное артериальное давление, однако из-за отсутствия мест он не был госпитализирован в кардиологическое отделение.

Министерством здравоохранения материалы были переданы в компетентные органы для дачи правовой оценки действиям медперсонала, поскольку этим ведомством были выявлены грубые нарушения со стороны врачей, выразившихся в том, что больной в течение свыше 4 часов оставался без надлежащей медицинской помощи.

Отказывая в удовлетворении жалобы заявителя, поданной в порядке ст. 125 УПК РФ на отказ следователя в возбуждении уголовного дела, суд обоснованно сослался на то, что согласно диспозиции ст. 124 УК РФ уголовной ответственности подлежат лица за неоказание помощи больному

без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного.

Суды первой и второй инстанции свои решения обоснованно мотивировали тем, что последствия, указанные в ст. 124 УК РФ, не наступили (потерпевший не умер и ему не причинен средний тяжести, тяжкий вред здоровью). Какие-либо данные о причинении заявителю действиями медицинских работников вреда здоровью, определённой законом степени, в материалах проверки отсутствуют.

Необоснованным является и довод надзорной жалобы о необходимости принятия мер для установления степени тяжести вреда здоровью заявителя, так как согласно справке ГУ РБСМЭ от в медицинской карте больного указан диагноз «гипертоническая болезнь 2-й степени, риск 3-й степени». Такое заболевание является хроническим и судебно-медицинской оценке не подлежит.

Учитывая, что ст. 124 УК РФ является специальной нормой УК РФ, предусматривающей уголовную ответственность медицинских работников, обязанных оказывать помощь больным, за неоказание помощи больному без уважительных причин, ссылку в надзорной жалобе заявителя на необходимость проверки наличия в действиях врача, не оказавшего медицинскую помощь заявителю, признаков иных составов преступлений нельзя признать обоснованной [4].

Таким образом, несмотря на понятные и определенные формулировки нормативно-правовых актов, регулирующих область здравоохранения, иногда имеет место спорная квалификация преступлений, связанных с тяжелыми для пациентов последствиями, наступившими в результате неправильного оказания или неоказания медицинской помощи. В качестве возможных вариантов решения этой проблемы можно предложить повышение правовой грамотности медицинских работников, а также обучение следователей специфическим аспектам медицинского права. Кроме того, для профилактики указанных сложностей необходимо принятие соответствующих разъяснений Пленума Верхового Суда Российской Федерации.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 17 июня 1996 г. // Собрание законодательства РФ от 17 июня 1996 г. №25 ст. 2954
2. Уголовный кодекс РСФСР от 27 октября 1960 г. (Принят третьей сессией ВС РСФСР пятого созыва 27 октября 1960 г.) М.: Юрид. лит-ра. 1987 (утратил силу).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011.
4. Постановление Президиума Верховного Суда Республики Дагестан от 03 ноября 2011 года [Электронный ресурс] Доступ из справ.-правовой системы «СудАкт». URL: // sudact.ru/regular/doc/rg3ruQt6y50i/ (дата обращения: 06.01.2019)
5. «Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №3 (2015)» (утв. Президиумом Верховного суда РФ 25.11.2015) (ред. от 28.03.2018) // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 01.01.2018
6. Апелляционное постановление Ленинградского областного суда от 17.06.2015 №22-1180/2015 [Электронный ресурс] Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс» URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SARB&n=94034#04370738006096009 (дата обращения: 24.02.2019)
7. Приговор №1-181/2017 от 19 июня 2017 г. по делу №1-181/2017 [Электронный ресурс] Доступ из справ.-правовой системы «СудАкт». URL: http://sudact.ru/regular/doc/oiKRE76OTd5g/ (дата обращения: 10.02.2019).
8. Комментарий к статье 124 УК РФ [Электронный ресурс] URL: http://ukodeksrf.ru/ch-2/rzd-7/gl-16/st-124-uk-rf (дата обращения: 02.02.2019).

9. Куранов В. Г. Развитие медицинского законодательства в России в советский и современный период // Пермский медицинский журнал. 2013. №6. С. 133
10. Комментарий к статье 118 УК РФ [Электронный ресурс] URL: http://stykrf.ru/118 (дата обращения: 16.02.2019).
11. Комментарий к статье 109 УК РФ [Электронный ресурс] URL: http://stykrf.ru/109 (дата обращения: 16.02.2019).
12. Комментарий к статье 125 УК РФ [Электронный ресурс] URL: http://stykrf.ru/125 (дата обращения: 16.02.2019).
13. Правоведение. Медицинское право: Учебник / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 552 с.

Об авторах:

Филатова Дарья Андреевна – студентка факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, dariafilatova.msu@mail.ru

Поспелова Светлана Игоревна – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, Москва,

Daria Andreevna Filatova – student of Faculty of Fundamental Medicine of Lomonosov Moscow State University, Moscow

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

© Филатова Д.А., Поспелова С.И., 2019

РАЗДЕЛ III.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Базина О.О.

НОВЕЛЛЫ РОССИЙСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СТВОЛОВЫХ КЛЕТКАХ

В данной статье рассмотрены новеллы российского законодательства, посвященные формированию юридического статуса «гемопоэтических стволовых клеток». Дано определение понятия «стволовые клетки». Рассмотрены нормативные акты принятые исполнительным органов власти Российской Федерации самостоятельно, а также совместно с Академией медицинских наук о порядке трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Автор определил схему взаимоотношений по поводу трансплантации гемопоэтических клеток: донор (живой/мертвый), реципиент, учреждение здравоохранения, проводимое трансплантацию, порядок оказания данной услуги пациенту. Раскрыты понятия донор, реципиент и порядок оказания процедуры трансплантации. Также автор указывает, что в связи с принятием нового порядка о трансплантации, государство обозначило свою монополию в этой сфере.

Ключевые слова: *медицинское право, биомедицина, гемопоэтические стволовые клетки, донор, реципиент, трансплантация*

Olga Bazina

RUSSIAN LEGAL PROVISIONS ON STEM CELLS

This article discusses the innovations of the Russian legislation on the formation of the legal status of «hematopoietic stem cells». The definition of stem cells is given. The regulatory acts adopted by the executive authorities of the Russian Federation on their own, as well as in cooperation with the Academy of Medical Sciences on the procedure for hematopoietic stem cell transplantation, are reviewed. The author determined the relationship scheme for hematopoietic cell transplantation: donor (live/dead), recipient, health care institution, transplantation, procedure for providing this service to the patient. The concepts of donor, recipient and procedure for the provision of transplant procedures are disclosed. The author also indicates that in connection with the adoption of a new order for transplantation, the state has designated its monopoly in this area.

Keywords: *medical law, biomedicine, hematopoietic stem cells, donor, recipient, transplantation*

Окончание 2018 года, стало знаковым для придания юридического статуса в России одному из прогрессивнейших элементов биомедицины – гемопоэтическим стволовым клеткам. Главное нововведение заключается в том, что стволовые клетки теперь наравне с костным мозгом причислены к объектам трансплантации.

Для того, чтобы статья представляла интерес не только для людей, имеющих представление о биомедицине, но и для юристов, считаем целесообразным осветить понятийный аппарат, который будет применяться в статье.

Итак, стволовые клетки (англ. – stem cells) – группа клеток-предшественников,

обладающих способностью к самообновлению и дифференцировке в специализированные ткани.

Гемопоэтические стволовые клетки (англ. – hemopoieticstem cells) – находящиеся в кроветворных органах и крови, способные давать начало различным росткам кроветворения.

Эти клетки ответственны за ежедневную работу жизненных органов и их функции: биение сердца, работу мозга, замену клеток нашей кожи, и много другое. При делении стволовые клетки формируют как себе подобные клетки, так и другие типы клетки. Стволовые клетки являются поставщиками новых клеток. Когда стволовые клетки делятся, они могут формировать больше себе подобных клеток или больше других типов клеток.

Стволовые клетки присутствуют на самых ранних этапах развития человека, и когда ученые выращивают эти клетки в лабораторных условиях, их называют эмбриональными стволовыми клетками (in vitro).

Термин «стволовые клетки» используется в ряде актов, принятых в РФ. Закрепление на законодательном уровне понятия стволовых клеток, клеточных технологий и некоторых иных связанных с ними понятий, а также урегулирование порядка применения стволовых клеток в исследовательских и клинических целях будет способствовать развитию здравоохранению вообще и высокотехнологичной медицины в частности. Особо следует отметить необходимость как можно более полного включения в гражданский оборот стволовых клеток. Все это будет способствовать скорейшему развитию клеточных технологий в нашей стране.

С принятием Федерального закона от 23 июня 2016 г. №180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» (далее – Закон о БМКП) впервые на законодательном уровне получили закрепление такие понятия, как «биомедицинский клеточный продукт», «клеточная линия», «дифференцировка клеток», «донор биологического материала», «безопасность биомедицинского клеточного продукта», «эффективность биомедицинского клеточного продукта» и другие понятия, принципиально важные для осуществления обращения БМКП [13].

Однако, не смотря на прогрессивность данного Закона о БМКП, исследуемый нами объект «гемопоэтические стволовые клетки» не попадает под действие указанного акта, поскольку данный закон распространяется только на масштабированные и манипулированные клетки, а гемопоэтические к таковым не относятся. Их можно сепарировать из крови, не проводя клинических исследований, других манипуляций, а затем обратно возвращать пациенту в кровоток, например, после химиотерапии при онкозаболевании или при аутоиммунных расстройствах. В то же время их обращение не регулирует и Закон РФ от 22 декабря 1992 г. №4180-I «О трансплантации органов и тканей человека» (в ред. от 23.05.2016 г.) (далее – Закон о трансплантации) [1]. Стоило каким-то образом определить их статус, поскольку это не биомедицинские клеточные продукты и, в то же время, это не совсем компонент крови, потому что имеют отношение к костному мозгу.

Юридически грамотным решением, государства, придавшего статус клеткам, стал совместный приказ Министерства здравоохранения РФ и Российской академии наук от 4 июня 2015 года №306н/3 «Об утверждении перечня объектов трансплантации [10]. На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ и Российской академии наук от 1 октября 2018 года №665н/4 «О внесении изменения в перечень объектов трансплантации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 4 июня 2015 г. №306н/3», п. 10 Приказа №306н/3 был дополнен…. «и гемопоэтические стволовые клетки» [14].

Такое направление в медицине, как донорство органов (тканей) человека и их трансплантации регулируется специальным Законом Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в ред. 23.05.2016 г.) [1]. В течение своей почти тридцатилетней истории Закон почти не подвергался существенным изменениям, несмотря на очевидный прогресс биомедицины в последнее десятилетие. Законодательство в области биомедицины и трансплантологии требует более юридически-грамотного

подхода, для дальнейшего развития этого направления биомедицины. И тем не менее, очень медленно поступательно обновляется и принимается нормативная база в интересующем нас вопросе.

Итак, в 2011 году был принят Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ №323-ФЗ) [3], ст. 47 которого, посвящена донорству органов (тканей) человека. В апреле 2013 года вступил в силу новый «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)» [7]. Одной из новелл указанного порядка, выступает появление важнейшего понятия, которое не нашло отражения в основном законе о трансплантологии – лист ожидания, понятие которое не дается и не разъясняется, а лишь применяется в п.п. 9-10 Порядка. Кроме того, постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. №950 были утверждены Правила определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, что является ключевым моментом в изъятии органов (тканей) человека у трупа [6]. А приказом Минздрава РФ от 8 июня 2016 г. №355н утвержден Порядок учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов), форм медицинской документации и формы статистической отчетности в целях осуществления учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов) и порядка их заполнения [12]. Обращает на себя внимание тот факт, что основанием его принятия выступает ФЗ №323-ФЗ, при этом в тексте данного Приказа нет ссылки на Закон РФ о трансплантации, как указывает профессор О.В. Романовская [21], что в принципе не лишено смысла, в связи с тем, что с 2013 года подготовлен проект Федерального закона «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке)» (подготовлен Минздравом России 02.07.2013 г.) [9].

В октября 2018 года был подготовлены приказ Минздрава РФ и Российской академии наук от 01.10.2018 года №665н/4 [14] и Приказ Минздрава РФ от 12.12.2018 г. №875н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), для лечения которых применяется трансплантация (пересадка) костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток и внесении изменения в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)» (далее – Порядок), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. №567н» (далее – Порядок о трансплантации) [15].

Таким образом на базе актуальнейших изменений и дополнений законодательства о биомедицине попробуем разобрать правовой статус гемопоэтических стволовых клеток.

Но прежде всего необходимо уяснить правовой режим частей человека как таковых и определить их место среди иных объектов гражданских прав.

В соответствии со ст. 2 Закона о трансплантации объектами трансплантации могут быть сердце, легкое, почка, печень, костный мозг и другие органы и (или) ткани, перечень которых определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, совместно с Российской академией наук. Хотя приведенный перечень и сформулирован как исчерпывающий, на самом деле трансплантируются также другие органы и ткани, например, трахея. Кроме того, как замечает М.Н. Малеина, «прогресс медицины и техники позволяет использовать также клетки, части клетки, фрагменты ДНК, гены [20]. Поэтому, когда идет речь об органах и тканях, подразумеваются и их отдельные составляющие». Соответственно Приказом Минздрава РФ и Российской академии наук от 1 октября 2018 года №665н/4 «О внесении изменения в перечень объектов трансплантации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 4 июня 2015 г. №306н/3» к объектам трансплантации были отнесены гемопоэтические стволовые клетки [14].

На основании вышеизложенного, определим следующую схему взаимоотношений по поводу трансплантации гемопоэтических клеток: донор (живой/мертвый), реципиент, учреждение здравоохранения, проводимое трансплантацию, порядок оказания данной услуги пациенту.

Согласно п. 3 ст. 4 Проекта Федерального закона «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке)» (подготовлен Минздравом России 02.07.2013 г.) [9]: донор – человек живой или человек, в отношении которого констатирована смерть, донорские органы которого используются в целях трансплантации.

Согласно п. 1 ст. 12 Федерального закона от 20.07.2012 №125-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О донорстве крови и ее компонентов» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019) [5]: Донором вправе быть дееспособное лицо, являющееся гражданином Российской Федерации либо проживающим на территории Российской Федерации на законных основаниях не менее одного года иностранным гражданином или лицом без гражданства, достигшее возраста восемнадцати лет или приобретшее полную дееспособность до достижения им возраста восемнадцати лет в соответствии с законодательством РФ, изъявившее добровольное желание сдать кровь и (или) ее компоненты, прошедшее добровольно медицинское обследование и не имеющее медицинских противопоказаний для сдачи крови и (или) ее компонентов.

Ныне действующий Закон о трансплантации не включил такого понятия как «донор», но ограничил круг доноров ст. 3 Закона, таким образом выделив потенциальных доноров от «не подходящих»: изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.

В связи делением доноров на прижизненных и посмертных, остановимся на живых донорах. В связи с тем, что донором гемопоэтических стволовых клеток, может являться исключительной живой донор.

Законодатель придерживается того мнения, что возможно прижизненное родственное донорство. Не возбраняется пересадка органа или ткани ребенку, родному брату или сестре, одному из родителей (но не мужу или жене).

Исключение составляет донорство костного мозга: им можно поделиться с любым человеком, которому материал подойдет по показателям тканевой совместимости. Существует общероссийская база данных доноров костного мозга.

Согласно ст. 47 ФЗ №323-ФЗ: трансплантация (пересадка) органов и тканей человека от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья.

Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред; не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным; не допускается донорство у живого донора при отсутствии его информированного добровольного согласия.

Следовательно, если донор является здоровым (что подтверждается медицинской комиссией) подписал самостоятельно, либо через своих представителей информированное согласие на донорство, соответственно он может стать потенциальным донором.

Сложнее стоит вопрос донорства посмертного, мало кто знает, а точнее практически никто не знает, что все граждане (и не граждане) Российской Федерации – доноры органов, хотим мы этого или не хотим. Согласно двум нормативно-правовым актам: Закону о трансплантации и ФЗ №323-ФЗ. В соответствии с первым – действует принцип «презумпции согласия», по которому каждый гражданин по умолчанию согласен на посмертное донорство, если при жизни он не высказал отказ, или это не сделали родственники в течение 2 часов после смерти [18]; на основании второго – руководствуясь п. 7-12 ст. 47: в случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии – один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка).

В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей.

Юридические аспекты положения реципиента в процедуре трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Реципиент (от лат. recipiens, родительный падеж recipientis – получающий, принимающий) человек, которому пересаживают какой-либо орган, ткань или клетки другого организма. Пересадку выполняют с лечебной целью, для экспериментального изучения функций органов и клеток, иногда в косметических целях. Основное условие приживления чужеродных органов, тканей или клеток – выбор подходящего донора и подавление иммунитета у реципиента перед пересадкой [19].

Согласно ст. 1 Закона о трансплантации: трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья. Исходя из положения статьи закона, реципиент – больной, которому другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни либо восстановления его здоровья.

В Законе о трансплантации органов и (или) тканей содержатся следующие требования к проведению трансплантации реципиенту: операция по трансплантации, как правило, проводится с согласия реципиента.

Прежде чем получить согласие реципиента, обязательно реципиент должен получить медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека. Подробно регламентирована данная процедура получения заключения Приказом Минздравсоцразвития России от 25.06.2007 г. №358 «Инструкция о выдаче медицинского заключения о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, согласно которой заключение выдается консилиумом врачей государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, входящих в Перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека» [2].

Итак, медицинскими показаниями к трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток перечислены в п. 10 Порядка о трансплантации к ним относится: злокачественные и другие новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; иные заболевания (состояния).

Не смотря на прогрессивность медицины, и некоторое запоздание правовой базы, изданный Порядок включает и противопоказания к трансплантации. Выделяют абсолютные противопоказания и относительные. Абсолютными медицинскими противопоказаниями для изъятия аллогенного костного мозга и забора аллогенных гемопоэтических стволовых клеток, перечислены в п. 15 Порядка о трансплантации. Относительные – перечислены в п. 16, того же Порядка.

При наличии у донора относительных медицинских противопоказаний для изъятия костного мозга и забора гемопоэтических стволовых клеток, решение принимается консилиумом врачей медицинской организации, осуществляющей трансплантацию.

При всем выше указанном, в случае отсутствия другого совместимого донора допускается изъятие костного мозга и забор гемопоэтических стволовых у родственного донора, у которого выявлены маркеры ви-

русов гепатитов (за исключением перенесенного гепатита А в анамнезе), сифилиса, при соблюдении одновременно следующих условий: предварительное проведение этиотропного и симптоматического лечения вирусных гепатитов (за исключением перенесенного гепатита А в анамнезе), сифилиса; наличие информированного добровольного согласия пациента (реципиента) на медицинское вмешательство с указанием вышеназванных сведений.

Итак, рассмотрим порядок и организацию трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток от донора реципиенту в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление данного вида медицинских услуг.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 12.12.2018 г. №875н «Об утверждении Порядка о трансплантации, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток...» [15] осуществляется медицинскими организациями или иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, государственной или муниципальной систем здравоохранения, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, и включенными в перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека (далее – медицинские организации, осуществляющие трансплантацию).

Утверждается перечень данных учреждений Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 04.06.2015 г. №307н/4 «Об утверждении перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека» (в ред. от 22.06.2018 г.) [11].

Лицензирование данного вида деятельности осуществляется на основании Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 г. №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») (в ред. 08.12.2016 г.) [4], а так же Приказа Минздрава России от 11.03.2013 №121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях» [8].

Трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток осуществляется в виде высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме.

В медицинской организации, осуществляющей трансплантацию костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, проводится медицинское обследование потенциального пациента (реципиента) в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в целях: определения необходимого объема и сроков проведения предтрансплантационной подготовки; оценка наличия ремиссии или рецидива основного заболевания; планирования мероприятий по профилактике осложнений трансплантации; определения результатов предшествующего лечения (первая или последующие ремиссия основного заболевания, резистентность к лечению, рецидив основного заболевания) – в случае, если после медицинского обследования прошло более 14 дней или медицинское обследование было проведено не в полном объеме все этапы описаны в Порядке о трансплантации в п.п. 8-25.

Таким образом, в связи с введением в действие Приказа Министерства здравоохранения РФ и Российской академии наук от 1 октября 2018 года №665н/4 [14] и Приказа Министерства здравоохранения РФ от 12 декабря

2018 г. №875н [15] государство наконец обозначило свою позицию в этой сфере: по его мнению, гемопоэтические клетки должны быть под контролем Минздрава РФ. Кроме того, в документах четко сказано, что «трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток осуществляется медицинскими организациями государственной или муниципальной систем здравоохранения». Как повлияет принятие данных нормативных актов на сферу частного бизнеса, на данный момент не совсем ясно.

Список литературы:

1. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. №4180-I «О трансплантации органов и тканей человека» (в ред. от 23.05.2016 г.) // URL: http://base.garant.ru/136366/ (дата обращения: 16.06.2019).
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 мая 2007 г. №358 «О медицинском заключении о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека» // URL: http://ivo.garant.ru/#/document/12154266/paragraph/1:1 (дата обращения: 16.06.2019).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:1 (дата обращения: 16.06.2019).
4. Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 г. №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») // URL: http://ivo.garant.ru/#/document/70164724/paragraph/1:2 (дата обращения: 16.06.2019).
5. Федеральный закон от 20.07.2012 №125-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О донорстве крови и ее компонентов» // URL: https://is.gd/F2xEHP (дата обращения: 16.06.2019).
6. Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. №950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» // URL: https://is.gd/u7JYUk (дата обращения: 16.06.2019).
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 октября 2012 г. №567н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)» // URL: https://is.gd/KiGcWq (дата обращения: 16.06.2019).
8. Приказа Минздрава России от 11.03.2013 №121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях» // URL: https://is.gd/eLHhnb (дата обращения: 16.06.2019).
9. Проект Федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» // URL: https://www.rosminzdrav.ru/documents/8145 (дата обращения: 16.06.2019).
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Российской академии наук от 4 июня 2015 года №306н/3 «Об утверждении перечня объектов трансплантации // URL: https://is.gd/LaRkkS (дата обращения: 16.06.2019).
11. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 04.06.2015 г. №307н/4 «Об утверждении перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов и

(или) тканей человека» // URL: https://www.rosminzdrav.ru/documents/9200-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rf-i-rossiyskoy-akademii-nauk-ot-4-iyunya-2015-g-307n-4-ob-utverzhdenii-perechnya-uchrezhdeniy-zdravoohraneniya-osuschestvlyayuschih-zabor-zagotovku-i-transplantatsiyu-organov-i-ili-tkaney-cheloveka (дата обращения: 16.06.2019).

12. Приказ Минздрава РФ от 08.06.2016 №355н «Об утверждении порядка учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов), форм медицинской документации и формы статистической отчетности в целях осуществления учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов) и порядка их заполнения» // URL: https://minjust.consultant.ru/documents/20227?items=1&page=1 (дата обращения: 16.06.2019).
13. Федеральный закон от 23 июня 2016 г. №180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» // URL: https://is.gd/bqPaAs (дата обращения: 16.06.2019).
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Российской академии наук от 1 октября 2018 года №665н/4 «О внесении изменения в перечень объектов трансплантации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 4 июня 2015 г. №306н/3» // URL: https://is.gd/x5sIRo (дата обращения: 16.06.2019).
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 декабря 2018 г. №875н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), для лечения которых применяется трансплантация (пересадка) костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток и внесении изменения в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. №567н» // URL: https://is.gd/wFOmMb (дата обращения: 16.06.2019).
16. Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова // URL: https://rdkm.rusfond.ru/registr_stat/009 (дата обращения: 16.06.2019).
17. 51 526 россиян готовы сдать костный мозг: как найти донора и сколько это стоит // URL: https://www.miloserdie.ru/article/51-526-chelovek-gotovy-sdat-kostnyj-mozg-kak-najti-donora-i-skolko-eto-stoit/ (дата обращения: 16.06.2019).
18. Состояние современной трансплантологии в Москве: прорыв, сопоставимый с первым полетом в космос // URL:https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/material/default/transcript/41.html (дата обращения: 16.06.2019).
19. Значение слова «Реципиент» в Большой Советской Энциклопедии // URL: http://bse.sci-lib.com/article096779.html (дата обращения: 16.06.2019).
20. Малеина М.Н. Статус органов, тканей, тела человека как объект права собственности и права на физическую неприкосновенность // Законодательство. 2003. №11. С. 13.
21. Романовская О.В. Законодательство в сфере трансплантологии: проблемы и перспективы развития // Судья. 2016. №11. С. 27-32.

Об авторе:

Базина Ольга Олеговна – ассистент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, Москва, maksimova_o@mail.ru

Bazina Olga Olegovna – assistant of the Medical Law Chair, Department, Sechenov First Moscow State Medical University, PhD in Law, Moscow

© Базина О.О., 2019

Бобровская О.Н., Зиганурова З.З.

НОВЕЛЛЫ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ОТНОШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ОБЛАСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Популярность эстетической хирургии в России возрастает. После многократно повторяющихся случаев смертельных исходов молодых пациенток, обращавшихся в медицинские клиники для коррекции эстетического образа, Минздрав РФ более тщательно подошел к проблеме подготовки специалистов по профилю «пластическая хирурги». Вместе с тем, преобразования законодательства обнажили ряд сопутствующих проблем, способных значительно усложнить задачи по их реализации. Так, в новом приказе Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2018 г. №298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия», повышаются требования к оснащению клиник пластической хирургии и к квалификации пластических хирургов. Данные требования усложняют выход на рынок пластической хирургии частным клиникам, но именно они занимают ведущие позиции по предоставлению услуг эстетического характера. Обязательное оборудование по новым требованиям к оснащению клиник не обосновано для небольших клиник. А требования к квалификации пластических хирургов не учитывает недавний срок появления ординатуры по направлению пластическая хирургия. Многие мелкие косметические клиники вынуждены отказаться от лицензии пластической хирургии. Анализ новелл законодательства показывает необходимость их пересмотра и доработки, с учетом дифференциации клиник пластической хирургии и квалификации пластического хирурга.

Ключевые слова: *пластическая хирургия, проблемы правового регулирования, оснащение клиник, квалификация, подготовка специалистов*

Olga Bobrovskaya, Zilya Ziganurova

NOVELTIES IN LEGAL REGULATION OF RELATIONS ARISING IN THE FIELD OF AESTHETIC SURGERY

The popularity of aesthetic surgery in Russia is increasing. After repeated deaths of young patients who applied to medical clinics for correction of aesthetic image, the Ministry of health of the Russian Federation more carefully approached the problem of training specialists in the profile of «plastic surgeons». At the same time, the changes in the legislation have revealed a number of related problems that can significantly complicate the tasks of their implementation. Thus, the new order of the Ministry of health of the Russian Federation dated may 31, 2018 №298n «On approval of the Procedure for medical care in the profile of «plastic surgery», increases the requirements for the equipment of plastic surgery clinics and the qualification of plastic surgeons. These requirements make it difficult to enter the market of plastic surgery private clinics, but they occupy a leading position in the provision of aesthetic services. Mandatory equipment for the new requirements for the equipment of clinics is not justified for small clinics. And the requirements for the qualification of plastic surgeons do not take into account the recent period of the appearance of residency in the direction of plastic surgery. Many small cosmetic clinics have to give up the license of plastic surgery. Analysis of the novelties of the legislation shows the need for revision and revision, taking into account the differentiation of plastic surgery clinics and plastic surgeon qualification.

Keywords: *plastic surgery, problems of legal regulation, equipment of clinics, qualification, training of specialists*

Популярность пластической хирургии в Российской Федерации за последние годы набирает обороты. Исследования рынка пластической хирургии показывают, что уже в 2017 году российский рынок пластической хирургии достиг рекордных за предыдущие пять лет оборотов: почти 158 тысяч эстетических вмешательств. Совокупные затраты пациентов за данные медицинские услуги составили 12,3 миллиарда рублей [3].

Так же, по последней опубликованной статистике международного общества эстетической пластической хирургии (ISAPS) за 2017 год, Российская Федерация занимает 12 строчку по количеству пластических хирургов во всем мире.

Можно быть уверенным, что популярность пластической хирургии в России только растет, а вместе с популярностью растут и негативные показатели, такие как случаи летальность из-за хирургического вмешательства или выявленные нарушения законов и правил со стороны клиник пластической хирургии.

По данным статистики на 90 тысяч эстетических операций в Российской федерации приходится от двух до пяти летальных исходов [4]. Так же, по данным Росздравнадзора, на одну медицинскую организацию приходится по 2,5 факта нарушения порядка, таких как использование незарегистрированных в России медицинских изделий и препаратов. Кроме того, выявляется значительное число специалистов, уровень подготовки которых не соответствует профессиональному стандарту о пластической хирургии [4].

В связи с ростом рынка пластической хирургии в России, потребовалась коррекция в правовом регулировании деятельности клиник пластической хирургии. Одним из последних подобных изменений стал приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2018 г. №298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» (далее по тексту «Приказ №298н»), который вступил в силу в июле 2018 г [2]. Обновленный свод правил появился после нескольких случаев гибели пациенток клиник эстетической хирургии и направлен на повышение качества предоставляемых услуг и на снижение риска пациентов, связанных с осложнениями вовремя и после операций и даже летальным исходом.

Приказ №298н устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослым и детям по профилю «Пластическая хирургия» в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность. При этом, такая помощь может оказываться как амбулаторно, так и стационарно. Так же добавлены формы оказания медпомощи: экстренная, неотложная, плановая, но из видов медицинской помощи была исключена высокотехнологичная медпомощь.

Изменились и квалификационные требования к врачу пластическому хирургу. На должность врача пластического хирурга кабинета, отделения пластической хирургии назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» по специальности «пластическая хирургия», который прошел ординатуру по данному направлению.

Изменения коснулись требований по оснащению кабинетов и отделений пластической хирургии. Данные отделения могут существовать при наличии в медицинской организации круглосуточно функционирующих рентгеновского отделения (кабинета), отделения анестезиологии-реаниматологии, трансфузиологического кабинета (кабинета переливания крови), операционной (операционного блока), перевязочной, которые должны располагаться в пределах одного здания или комплекса зданий, соединенных теплыми переходами и обеспечивающими перемещение и транспортировку пациентов без выхода за пределы помещений, используемых медицинской организацией.

Одним из особенностей оказания услуг пластической хирургии, равно как и услуг косметологии, является то, что 90% данных услуг осуществляются коммерческими медицинскими организациями [5]. И затраты

на выполнение требований приказа №298н, такие как оснащение клиники дорогостоящим оборудованием, полностью возлагаются на организацию, осуществляющую данный вид деятельности.

Учитывая данный факт, необходимо признать, что нововведения не могут считаться полностью адаптированными для реалий рынка данных услуг.

Например, среднестатистическая клиника эстетической хирургии занимает небольшие площади в жилых зданиях, которые не приспособлены для размещения крупногабаритного оборудования и организации помещений для лучевой диагностики. По приблизительным расчетам для выполнения требований нового стандарта, клиника должна занимать дополнительных около 600 кв. м. площади для размещения оборудований лучевой диагностики и отделений реаниматологии и анестезиологии, включая кабинеты для трансфузиологии [6].

К тому же для приобретения оборудования затраты клиники возрастут, в среднем, на несколько десятков миллионов рублей. В итоге, небольшие клиники, не занимающиеся сложными пластическими операциями, будут заинтересованы в закупке самого дешевого оборудования, либо перейдут в арендные сделки, покупая оборудование, бывшее в употреблении, чтобы продолжать свою деятельность, либо будут отказываться от лицензии пластической хирургии.

Нельзя сказать, что все государственные больницы имеют возможность приобретения дорогого оборудования, так как согласно Федерального закона от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (в ред. от 01.05.2019), аукцион на поставку выигрывает тот, кто предложит минимальную цену, а как правило, это оборудование низкого класса диагностики и обслуживания. Таким образом, качественное оборудование смогут купить только большие частные клиники, не ограниченные 44-м законом [1].

Следует отметить, что новые правила приведут к тому, что выполнять пластические операции смогут только крупные частные медицинские корпорации и государственные больницы с отделениями пластической хирургии в крупных городах. Поэтому значительная часть пациентов будет приезжать из регионов в крупные медицинские центры, при этом сокращая количество койко-мест в региональных больницах. Следует отметить, что нынешнее состояние большинства клиник эстетики не отвечает требованиям стандарта и ожиданиям пациентов пластической хирургии. Для того, чтобы клиенты обращались к отечественной эстетической хирургии, государственным больницам придется вложить в инфраструктуру значительные денежные средства. В таком случае, наиболее вероятно, что состоятельные пациенты будут делать выбор в пользу зарубежных клиник.

Переосмыслению подлежит и пункт изменений касающихся квалификационных требований к врачу пластическому хирургу. Исходя из требований нового приказа, пластическим хирургом может быть только специалист, окончивший клиническую ординатуру по пластической хирургии. Поскольку в РФ ординатура по данному направлению появилась два года назад и подготовку прошли не более пятидесяти врачей, – только они могут быть допущены к осуществлению профессиональной деятельности. Таким образом, хирурги с многолетним опытом работы в области пластической хирургии не могут больше оперировать, а для дальнейшей работы по своему направлению должны пройти переподготовку. Опытные врачи должны быть отстранены, а недавние студенты, окончившие ординатуру не в состоянии выполнять сложные задачи, не обладая требуемым опытом.

Данный аспект влияет уже не только на коммерческие клиники, но и на государственные, подобными требованиями, возможно даже замедляя развитие качества оказываемых услуг и увеличивая риски пациентов в десятки раз.

Исходя из причин смертности пациентов, можно сделать вывод, что в отечественной пластической хирургии, вероятно,

имеются проблемы с качеством препаратов, оборудованием и ответственностью персонала за них. В новых правилах никак не регламентируется контроль за качеством препаратов, используемых во время операций, тем временем подвергая высокому риску летальность пациентов.

В заседании верховного суда, состоявшегося 17 декабря 2018 года, подвергались сомнению и порядок принятия приказа №298н [7]. Как выяснилось, окончательный вариант приказа не был вынесен на общественное обсуждение, и, как следствие, не было учтено мнение профессиональных сообществ и экспертов.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2018 г. №298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» нуждается в пересмотре и доработке.

В качестве решения возникших вопросов можно предложить следующее:

- Внести разделение клиник пластической хирургии на категории относительно сложности предлагаемых услуг пластической хирургии в нем и определить по каждой категории оснащение, соответствующее задачам клиники;
- Доработать требование к квалификации врача пластического хирурга, учитывающее его стаж работы.

Новый приказ №298н однозначно учитывает участившиеся случаи смерти из-за вмешательства пластического хирурга, устанавливая жесткие требования, касающихся квалификации врачей, оснащения клиник и многого другого. Но не учитывает специфику рынка данных услуг на территории РФ, искусственно приостанавливая развитие пластической хирургии в стране.

Список литературы:

1. Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 №44-ФЗ // Российская газета. 2013. 12.04. №80.
2. Приказ Минздрава России от 31.05.2018 №298н (ред. от 14.08.2018) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» [электронный ресурс] URL: Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 22 июня 2018 г (дата обращения 30 июня 2019).
3. Россия вошла в ТОП15 стран по количеству пластических операций // Журнал Vademecum [электронный ресурс] URL: https://vademec.ru/article/rossiya_voshla_v_top15_stran_po_kolichestvu_plasticheskikh_operatsiy/ (дата обращения: 02.07.2019).
4. Пластическая хирургия: идеальная грудь или жизнь? // [электронный ресурс] URL: https://www.kp.ru/daily/26879.7/3922256/ (дата обращения: 02.07.2019).
5. Системные риски медицинской деятельности на примере услуг пластической хирургии // [электронный ресурс] privatmed.ru URL: http://www.privatmed.ru/article/35/1249/2342/ (дата обращения: 02.07.2019).
6. Грудь останется маленькой. // [электронный ресурс] URL: https://pressreader.com/@nickname12445854/csb_fG4kDCryZpN_-qlB1N4093mbaCdkTdeMsz55jlNMrRroKSP1GwGnSlV59SP_cXrf (дата обращения: 02.07.2019).
7. В Верховном суде начались слушания по иску клиник, несогласных с новыми требованиями к центрам пластической хирургии // Журнал Vademecum [электронный ресурс] URL: https://vademec.ru/news/2018/12/17/dve-kliniki-osparivayut-v-vs-poryadok-okazaniya-medpomoshchi-po-profilyu-plasticheskaya-khirurgiya-/ (дата обращения: 02.07.2019).

Об авторах:

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, доцент, Москва, uracadem@yandex.ru

Зиганурова Зиля Зайтуновна – студентка пятого курса лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва

Olga Nikolaevna Bobrovskaya – associate Professor of medical law First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), candidate of legal Sciences, associate Professor, Moscow

Zilya Zaitunovna Ziganurova – a fifth-year student of the medical faculty First Moscow state medical University named after I. M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

© Бобровская О.Н., Зиганурова З.З., 2019

Ершов В.Е., Кривова А.В., Захаров В.П.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА

В данной статье представлен обзор законодательства Российской Федерации, посвящённый проблеме остеопороза. Актуальность выбранной для публикации темы связана с несоответствием высокой распространённости остеопороза и его проявлений в виде низкотравматических переломов в популяции надлежащему объёму действующих в нашей стране нормативно-правовых актов. Законотворческая деятельность в направлении остеопороза недостаточная, что косвенно отражает низкий интерес государства к данной проблеме, хотя сохранение и укрепление здоровья граждан является неотъемлемой частью стратегии внутренней политики. В статье обсуждается необходимость совершенствования нормативно-правовой базы в целях лучшей организации профилактики и лечения, а также маршрутизации больных с остеопорозом в регионах.

Ключевые слова: *остеопороз, низкоэнергетические переломы, профилактика повторных переломов*

Ershov V.E., Krivova A.V., Zakharov V.P.

LEGAL ASPECTS OF PREVENTION AND TREATMENT OF OSTEOPOROSIS

This article presents a review of the legislation of the Russian Federation, devoted to the problem of osteoporosis. The relevance of the chosen to publish topics connected with the discrepancy between the high prevalence of osteoporosis and its manifestations in the form of low-energy fractures in the population to the proper volume legislation in our country, Legislative activity in the direction of osteoporosis is inadequate, which indirectly reflects the low interest of the state to this problem, while preserving and strengthening the health of citizens is an integral part of the strategy of domestic policy. The article discusses the need to improve the regulatory framework in order to better organize prevention and treatment, as well as the routing of patients with osteoporosis in the regions.

Keywords: *osteoporosis, low-energy fractures, prevention of repeated fractures*

Остеопороз – метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и как следствие переломами при минимальной травме [2]. Опасность данного заболевания связана с длительным бессимптомным течением, а первыми клиническими проявлениями, как правило, становятся переломы, которые могут возникнуть при падении с высоты собственного роста, неловком движении, кашле, чихании и без видимого травматического воздействия.

Ведущими российскими и зарубежными специалистами [3] социальная значимость остеопороза определяется высокой частотой низкотравматических переломов различной локализации, что приводит к большим материальным затратам в области охраны здоровья граждан. Усредненная стоимость 1 года лечения остеопороза, осложненного переломом, составляет свыше 60000 рублей, а прямые медицинские затраты на лечение низкотравматических переломов пяти основных локализаций за один год могут достигать около 25 млрд. рублей [4]. Также следует отметить, что остеопоротические переломы обусловливают высокий уровень нетрудоспособности, инвалидности и смертности. Больные

остеопорозом составляют одну из самых многочисленных групп. Распространенность остеопороза в России соответствует аналогичным показателям государств Западной Европы и Северной Америки [5, 6]. По последним данным, в нашей стране среди лиц в возрасте 50 лет и старше остеопороз выявляется у 34% женщин и 27% мужчин, а частота остеопении составляет 43% и 44%, соответственно. Частота остеопороза увеличивается с возрастом [7]. В целом, остеопорозом страдают около 14 млн. человек и еще 20 млн. людей имеют снижение МПК, соответствующее остеопении [8]. Такие цифры сопоставимы с численностью населения отдельных стран Евросоюза (Нидерландов, Румынии). Проблема здорового старения является глобальной, так как возрастает социальная и физическая активность пожилых людей, а ресурсы человеческого организма, увы, ограничены. Демографическая ситуация развивается в векторе старения популяции. Ожидается, что к 2050 году мировое население в возрасте 60 лет и старше составит в общей сложности 2 миллиарда человек. Экспертами ВОЗ выделено 5 групп наиболее значимых для пожилых людей заболевании: рак, хронические респираторные заболевания, болезни сердца, заболевания костно-мышечной системы (остеоартрит и остеопороз) и психические и неврологические нарушения [9]. Остеопороз в структуре смертности занимает 4-е место вслед за кардиоваскулярной патологией, сахарным диабетом и онкологическими заболеваниями, что определяет высокую социальную и экономическую значимость данного заболевания [10]. Такое внимание к проблеме остеопороза обусловливает большие финансовые вливания для разработки лечебно-профилактических мероприятий.

Нами был проведён обзор нормативно-правовой базы на всех уровнях, относящийся к проблеме остеопороза. Изучалось законодательство на Российском, региональном и местном уровнях. Структура данной научной работы отражает анализ законодательных инициатив, раскрывает слабые стороны и пробелы в существующей системе борьбы с остеопорозом и его последствиями. В качестве регионального примера изучены и приведены нормативно-правовые акты Тверской области.

Рассмотрим Российское законодательство в ключе правовых основ борьбы с остеопорозом. Согласно статье 41 Конституции РФ, «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» и «...в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения» [11]. Сохранение здоровья нации является одной из приоритетных задач государства. Лица с выявленным остеопорозом нуждаются в доступной и качественной медицинской помощи, которая гарантирована Конституцией, являющейся нормативно-правовым актом высшей юридической силы. Однако, как показывает практика, существуют определенные проблемы в реализации права на медицинскую помощь пациентам с остеопорозом.

Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями, вступившими в силу с 10.08.2017, является следующим по значимости после Конституции нормативно-правовым актом, регламентирующим медицинскую деятельность. В контексте данной публикации, для понимания проблемы развития в нашей стране стройной системы организации борьбы с остеопорозом, интересны для рассмотрения статьи 12 и 43 Федерального закона. Статья 12 провозглашает «приоритет профилактики в сфере охраны здоровья», описывает методы достижения поставленной задачи, включая «осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально-значимых заболеваний и борьбе с ними» [12]. Статья 43 посвящена вопросам организации медицинской помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями. Перечень социально-значимых заболеваний, согласно п. 2 данной статьи, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя

из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших. Интересную информацию для понимания государственной политики в сфере охраны здоровья граждан дает Концепция развития здравоохранения до 2020 года» [13] (далее Концепция), утвержденная в 2008 г. Разрабатывалась Концепции комиссией экспертов под девизом «В центре внимания – сбережение российского народа». Исходя из основных целей данного документа, следует, что предполагается увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет. Спустя десятилетие, из выступления Министра Здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой на конгрессе Национальной Медицинской Палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» [14] в октябре 2017 г. известно, что средняя продолжительность жизни в нашей стране превысила 72,5 лет. Для ученых, занимающихся проблемой остеопороза, демографические показатели являются ключевыми. С учетом прогнозируемого роста продолжительности жизни в России в ближайшие годы будет наблюдаться рост случаев низкоэнергетических переломов. Согласно Концепции, к 2020 году должно произойти снижение первичной заболеваемости социально-значимыми заболеваниями, а также усовершенствование порядков и стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространённых и социально-значимых заболеваниях. В постановлении Правительства РФ от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [15] также сделан акцент и продолжен курс на профилактику и лечение социально-значимых заболеваний. Несмотря на неутешительные цифры статистики, большую социальную значимость остеопороза, эта нозология не внесена в перечень социально-значимых заболеваний, принятие которого относится к 2004 году [16]. Диспансеризация пациентов с первичным остеопорозом проводится с периодичностью осмотров 1 раз в год или по рекомендации врача-акушера-гинеколога, врача-эндокринолога, врача-ревматолога. Длительность диспансерного наблюдения пожизненная. Мероприятия включают в себя приём (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога (для женщин с остеопорозом, развившимся в течение 3-х лет после наступления менопаузы), врача-эндокринолога, врача-ревматолога по медицинским показаниям [17].

Одним из условий реализации задач по оказанию медицинской помощи стала разработка профессиональными ассоциациями клинических рекомендаций по различным нозологиям. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с остеопорозом [3] составлены в соответствии с требованиями, установленными в части 2 статьи 76 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [12] в соответствии с методическими рекомендациями, опубликованными в результате совещания, состоявшегося 16.03.2016 в Минздраве России. Эндокринологи, ревматологи, травматологи-ортопеды, терапевты, врачи общей практики, нефрологи, акушеры-гинекологи, неврологи, вертебрологи, врачи других специальностей, занимающихся диагностикой и ведением больных с остеопорозом, – это целевая аудитория данных клинических рекомендаций, которые учитывают накопленный Российский и международный опыт. Пересмотр клинических рекомендаций осуществляется каждые три года

На уровне Министерства Здравоохранения основополагающим документом является приказ от 11.08.1997 №239 «Об организации центров профилактики остеопороза» [18]. Принятие данного нормативно-правового акта было связано с «увеличением распространенности остеопороза, обусловливающего значительный подъем заболеваемости, инвалидности и смертности вследствие переломов позвоночника и трубчатых костей, а также с целью организации системы эпидемиологического надзора, гигиенического воспитания, образования населения и профилактики остеопороза» [18]. В нём подробно описываются организационно-штатная структура, цели и задачи медицинских подразделений, а также виды деятельности. Для своего времени документ был прогрессивным; он и сейчас является действующим нормативно-правовым актом с изменениями, внесёнными в 2008 году. На основании этого подзаконного акта по всей стране стали создаваться Центры профилактики и лечения остеопороза. Конечно, это сыграло огромную роль не только в развитии лечебно-диагностической, но и научной деятельности, поскольку изучался и обобщался накопленный опыт, анализировалась статистика. В настоящее время на территории Российской Федерации активно функционируют десятки подобных Центров во всех субъектах, созданных на основе региональных законов.

На примере Тверской области законодательная база по остеопорозу развита недостаточно. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [19] была утверждена межведомственная целевая программа Тверского региона «Развитие здравоохранения Тверской области на 2013-2020 годы» [20] и издано распоряжение правительства Тверской области №231-рп от 21.05.13 «О межведомственной целевой программе Тверской области «Развитие здравоохранения Тверской области на 2013-2020 годы». В соответствии с подпрограммой «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» [20], одной из важнейших задач является диспансеризация населения. Однако снижение частоты низкотравматических переломов у взрослого населения Тверского региона не входит в целевые индикаторы данной подпрограммы. Согласно пункту 37 указанного нормативно-правового акта, «задача государства – обеспечить последовательную и долгосрочную политику, способствующую мотивации населения и формированию благоприятной окружающей среды для сохранения здоровья, повышения качества и продления жизни населения. Требуется развивать региональную законодательную и нормативно-правовую базу в области охраны здоровья населения Тверского региона. Необходимо расширять и укреплять первичную медико-санитарную помощь, основанную на принципе семейной медицины, перестраивать ее в профилактическом направлении» [20]. Также в этом пункте отмечено, что «сотрудники центров медицинской профилактики недостаточно занимаются проблемами укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма» [20]. Утверждения абсолютно точно отражают современную действительность, обнажают болевые точки амбулаторного звена, касающиеся профилактического направления. Это именно то направление, к которому можно отнести выявление остеопороза и борьбу с его проявлениями в виде предупреждения переломов. Однако в рамках диспансеризации данная нозология не упоминается, следовательно, и под финансирование не попадает. Учитывая демографические показатели Тверской области, а также высокую инцидентность низкоэнергетических переломов [21], было бы целесообразно включить раннюю диагностику остеопороза в программу развития регионального здравоохранения. Следует должным образом отработать маршрутизацию пациентов с низкотравматическими переломами для выявления и своевременного лечения остеопороза. Необходимо признать, что на сегодняшний день диагностика остеопороза остаётся на низком уровне. Зачастую больные остаются наедине со своей проблемой, даже не предполагая, какие риски их ожидают. В связи с этим нужно привлекать внимание региональных властей, создавать условия для организации системы полного цикла ведения пациентов с остеопорозом. Подобный опыт в России имеется и, разумеется, нельзя им пренебрегать. Президиумом Российской ассоциации по остеопорозу (РАОП) в 2013 году был инициирован специальный проект «Прометей», направленный на предупреждение повторных переломов у пациентов с остеопорозом. В рамках целевой программы РАОП «Проме-

тей» в нашей стране уже созданы и начали свою работу первые отечественные службы предупреждения повторных переломов, организованные в Ярославле, а также в Санкт-Петербурге – на базе Городской поликлиники №96 и в ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России [22]. Обобщение первого опыта работы указанных служб подтвердило высокую востребованность их деятельности, а также высветило целый ряд трудностей, прежде всего, организационного характера. Составлена схема маршрутизации больных с переломами различной локализации с целью выявления и лечения остеопороза [23]. В соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 11.08.1997 г. №239 «Об организации центров профилактики остеопороза» [18], для осуществления адекватной профилактики и лечения больных остеопорозом и переломами, осложняющими его течение, созданы и работают региональные центры. В Твери подобный центр создан на основании соглашения между департаментом здравоохранения Администрации Тверской области, Тверской Государственной Медицинской Академии, департаментом социальной защиты населения Администрации Тверской области (приказ ректора ГОУ ВПО ТГМА РФ №282/261 от 30.05.2008) на базе поликлиники ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России. В его задачи входят организационно-методические мероприятия по первичной и вторичной профилактике остеопороза с учетом показателей заболеваемости населения, санитарно-эпидемиологических, демографических, экологических особенностей региона. Безусловно, лечебно-диагностическая деятельность также осуществляется в данном Центре. Именно здесь возможно проведение денситометрии в Тверском регионе.

На основании проведенного исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Конституционные основы законодательства Российской Федерации предусматривают получение качественной и доступной помощи пациентам с остеопорозом.

2. Медицинское обеспечение лиц с выявленным остеопорозом и его последствиями должно стать неотъемлемой частью государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, а снижение распространенности данной нозологии в популяции необходимо рассматривать как показатель здоровья населения.

3. В Российском законодательстве отсутствуют нормативные документы, стандартизирующие работу врачей различного профиля по выявлению и лечению остеопороза и его проявлений.

4. Единственным документом, регулирующим деятельность медицинских работников в ведении пациентов с остеопорозом, являются клинические рекомендации, разработанные экспертами Российской Ассоциации Остеопороза, пересматриваемые каждые три года. Однако необходимо учитывать, что данное руководство не заменяет стандарты оказания медицинской помощи и носит исключительно рекомендательный характер.

5. Учитывая демографические и эпидемиологические показатели, для повышения доступности и качества медицинской помощи пациентам с остеопорозом необходимо включить его в перечень социально-значимых неинфекционных заболеваний.

6. Анализ существующего законодательства выявил недостаточное освещение проблемы остеопороза в нормативно-правовых актах, принятых в Тверской области.

7. Внимание Федеральной власти к проблеме остеопороза неизбежно приведёт к изменению отношения к ней и на региональном уровне, улучшению финансирования и созданию общедоступной системы ранней диагностики и профилактики остеопороза и его последствий.

8. На региональном уровне следует проводить мониторинг остеопоретических переломов, что поможет использовать опыт маршрутизации больных с низкотравматическими переломами, полученный при реализации пилотного проекта «Прометей».

Список литературы:

1. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Собрание законодательства РФ. 24.11.2008. №47. ст. 5489.
2. Kanis JA, on behalf of the WHO Scientific Group. Assessment of osteoporosis at the primary healthcare level. Technical Report. WHO Collaboraiting Centre, University of Sheffield, UK, 2008.
3. Клинические рекомендации. Остеопороз. [Электронный ресурс] URL: https://www.endocrincentr.ru6.pdf. (дата обращения: 13.11.2017).
4. Добровольская О.В. Осложненный остеопороз: минеральная плотность костной ткани различных отделов скелета, качество жизни, приверженность терапии и затраты на лечение: автореферат дис. кандидата медицинских наук: 14.01.22. Москва, 2016. 22 с. Ревматология 9 16-14/862.
5. Camacho P.M., Petak S.M., Binkley N., Clarke B.L., Harris S.T., Hurley D.L., Kleerekoper M., Lewiecki E.M., Miller P.D., Narula H.S., Pessah-Pollack R., Tangpricha V., Wimalawansa S.J., Watts N.B.: American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. 2016. Endocr. Pract. 2016 Sep 2;22 (Suppl. 4):1-42.
6. Kanis J., McCloskey E., Johansson H., Cooper C., Rizzoli R., Reginster J. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis International. 2013.
7. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003.
8. Лесняк О.М., Ершова О.Б. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010. Naturaprint, 2011.
9. Здоровое старение должно стать глобальным приоритетом. [Электронный ресурс] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/ru/ (Дата обращения 13.11.2017)
10. Johnell O., Kanis J.A., Oden A., Sernbo I., Redlund-Johnell I., Petterson C., De Laet C., Jonsson B. (2004.) Mortality after osteoporotic fractures. Osteoporosis Int. 15: 38-42.
11. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учётом поправок, внесённых Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. 26.01.2009. №4. Ст. 445.
12. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 10.08.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.
13. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года (первая версия) [Электронный ресурс] URL: http://www.medprivat.ru/conception.pdf (дата обращения 13.11.2017).
14. Выступление Министра Вероники Скворцовой на конгрессе Национальной Медицинской Палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» [Электронный ресурс] URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/10/30/6341-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-kongresse-natsionalnoy-meditsinskoy-palaty-rossiyskoe-zdravoohranenie-segodnya-problemy-i-puti-resheniya.html (дата обращения 13.11.2017).
15. Постановление правительства РФ от 15.04.2014 №294(ред. От 12.08.2017) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. 28.04.2014. №17. ст. 2057.

16. 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» // Собрание законодательства РФ. 06.12.2004, №49. ст. 4916.
17. Приказ Минздрава России от 03.02.2015 №36ан (ред. От 09.12.2016) «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрирован в Минюсте России 27.02.2015 №36268, утратил силу 01.01.2018) [Электронный ресурс] URL: http://www.pravo.gov.ru (дата обращения 13.11.2017).
18. Приказ Минздрава РФ от 11.08.1997 №239 «Об организации центров профилактики остеопороза» // Здравоохранение. №1. 1998.
19. Указ Президента Российской Федерации от 07.05. 2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. 07.05.2012. №19. ст. 2335.
20. Распоряжение Правительства Тверской области от 21.05.2013 №231-рп «О межведомственной целевой программе Тверской области «Развитие здравоохранения Тверской области на 2013– 2020 годы» [Электронный ресурс] URL: http://minzdravtver.ru/dokumenty/programma-razvitiya-zdravookhraneniya. html (дата обращения 13.11.2017).
21. Быстров С.В. Оказание специализированной травматологической помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедра в Тверской области / С.В. Быстров, С.В.Червонцев // Сборник материалов международной конференции «Повреждения и заболевания тазобедренного сустава». Казань. 2013. С. 17-18.
22. Кочиш А.Ю., Лесняк О.М., Иванов С.Н., Силиди И.Ю. Первый опыт организации в Санкт-Петербурге вторичной профилактики повторных остеопоротических переломов костей в рамках программы «Прометей» Российской ассоциации по остеопорозу // Фарматека. 2014. №5 (283). С. 12-17.
23. Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В. Опыт создания службы вторичной профилактики остеопоротических переломов костей в РНИИТО им. Р.Р. Вредена // Фарматека. 2015. №4. С. 27-33.

Об авторах:

Ершов Всеволод Евгеньевич – аспирант кафедры травматологии и ортопедии Тверского государственного медицинского университета Минздрава России, Тверь, vsedoc@yandex.ru

Кривова Алла Владимировна – доцент кафедры травматологии и ортопедии Тверского государственного медицинского университета Минздрава России, доцент, доктор медицинских наук, Тверь, krivova267@gmail.com

Захаров Валерий Петрович – заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Тверского государственного медицинского университета Минздрава России, доцент, кандидат медицинских наук, Тверь, zaharov5585@yandex.ru

Vsevolod Evgenievich Yershov – postgraduate at the Department of traumatology and orthopedics of the Tver state medical University, Tver

Alla Vladimirovna Krivova – associate professor of the Traumatology and Orthopedics Chair, Tver state medical University, associate professor, Doctor of medicine, Tver

Valery Petrovich Zakharov – head of the Traumatology and Orthopedics Chair, Tver state medical University, associate professor, PhD in medicine, Tver

© Ершов В.Е., Кривова А.В., Захаров В.П., 2019

Корнеев М.Б., Тэвина А. В., Журилов Н.В.

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕЦЕПТЫ: ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ

В данной статье рассмотрены изменения, внесенные в процедуру выписывания рецептов приказом МЗ РФ №4н от 14.01.2019, в частности, возможность электронного оборота рецептов и роль электронной подписи в этом обороте. Описаны понятия, используемые в этом приказе, рассмотрены взаимодействия между пациентом, врачом и фармацевтическим работником в контексте новой системы рецептурного документооборота, возможности и перспективы развития электронной рецептуры в России, их достоинства и недостатки. Проанализированы проблемы, возникающие в процессе внедрения электронной рецептуры, и предложены потенциальные решения некоторых из них.

Ключевые слова: *электронный рецепт, электронная подпись, медицинская помощь, назначение рецептов*

Mikhail Korneev, Alena Tevina, Nikolay Zhurilov

ELECTRONIC PRESCRIPTIONS: OPPORTUNITIES, PROSPECTS AND PROBLEMS

This article considers the changes made to the prescribing procedure by the Order of the Ministry of Health Care of the Russian Federation №4n of 14.01.2019, particularly, the possibility of electronic circulation of prescriptions and the role of electronic signature in it. The authors describe the concepts used in the order, review the interactions between the patient, doctor and pharmaceutical worker in the context of the new prescribing system, the possibilities and prospects for the development of electronic prescribing systems in Russia, their advantages and disadvantages. Possible problems occurring in the process of introducing of electronic prescriptions were analyzed and potential solutions to some of them were suggested.

Keywords: *electronic prescription, electronic signature, health care, prescribing*

XXI век – век технологий, в том числе цифровых и информационных. Без них была бы невозможна современная жизнь, какой мы ее знаем. Благодаря быстрым темпам их развития обеспечивается функционирование промышленности, транспорта, науки, сфер образования и здравоохранения, социальных структур, экономики и культуры.

Наиболее дискуссионной темой является реформирование системы здравоохранения и наиболее обсуждаемым вопросом остается электронный документооборот. Профессиональные отношения «врач – пациент – фармацевт» постепенно цифровизуются, и не последнюю роль в этом играют электронные рецепты, с помощью которых оказывается медицинская помощь гражданам и охрана их здоровья, являющиеся неотъемлемыми правами человека [1, 3].

Технология электронных рецептов – это далеко не новинка. Впервые такие системы начали применяться еще в 90е года прошлого века, а в последние 15 лет они активно внедряются во многих странах мира. Например, в США в 2008 г. было выписано и обслужено около 68 миллионов электронных рецептов, а в 2011 г. — уже 570 миллионов (36% от общего количества врачебных предписаний), а в некоторых скандинавских странах доля электронных рецептов упорно стремится к 100% [8].

Россия также активно внедряет современные технологии во все сферы деятельности. Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 года указывает, что одним из основных приоритетов совершенствования практики надлежащего использования лекарственных средств должно стать введение системы электронных назначений с возможностью их интеграции с системами поддержки принятия решений в области рациональной фармакотерапии [5].

Законодательно электронные рецепты закрепили Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 14.01.2019 №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (далее – Приказ №4н) [6]. Данный приказ пришел на смену приказу Минздрава России от 20.12.2012 №1175н (ред. от 31.10.2017) «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» [4]. Он внес изменения в порядок выписывания лекарственных средств и оформления рецептурных бланков, их учет и хранение, а также изменил саму структуру рецептурных бланков.

В частности, был упразднен бланк №148-1/у-06н (л), изменены формы рецептурных бланков №148-1/у-04 (л) и №107-1/у, изменены количества некоторых веществ, которые могут быть выписаны в одном рецепте, разрешено изготавливать рецептурный бланк №107-1/у с помощью компьютерных технологий, а все реквизиты рецептов по формам №107-1/у и №148-1/у-88 кроме подписи лечащего врача теперь возможно оформлять с помощью печатающих устройств [6]. Основной интерес представляет возможность выписки электронных рецептов наравне с бумажными носителями.

Приказ №4н гласит: медицинский работник может оформлять назначение лекарственных препаратов с согласия пациента или его законного представителя на рецептурном бланке в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника. Рецепты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью лечащего врача (фельдшера, акушерки) и медицинской организации [6].

Электронная подпись – информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию [2].

Усиленная квалифицированная электронная подпись должна быть получена в результате криптографического преобразования информации с использованием ключа электронной подписи, позволять определить лицо, подписавшее документ, позволять обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после момента его подписания, а также создается и проверяется с помощью средств электронной подписи, имеющих подтверждение соответствия требованиям, установленным федеральным законом об электронных подписях [2]. Эта подпись представляет собой две уникальные последовательности символов, которые однозначно связаны между собой: ключ электронной подписи и ключ проверки электронной подписи. Для ее формирования используются средства криптографической защиты, сертифицированные ФСБ РФ. Выдать такую подпись может только удостоверяющий центр, имеющий аккредитацию в Министерстве цифрового развития, связи и массовых коммуникаций РФ. В результате, квалифицированная электронная подпись становится полноценной заменой (аналогом) собственноручной подписи и обеспечивает выполнение требований по обеспечению безопасности информации ограниченного доступа. В комплект усиленной квалифицированной электронной подписи входит ключ квалифицированной электронной подписи, предназначенный для непосредственного создания электронной подписи; ключ проверки квалифицированной электронной подписи, предназначенный для проверки подлинности ключа электронной подписи; квалифицированный сертификата ключа проверки квалифицированной электронной подписи; комплект дополнительного программного оборудования – сертифицированные средства криптографической защиты информации; защищенный носитель ключей подписи.

Срок действия сертификата ключа проверки электронной подписи зависит от используемого средства криптографической защиты информации удостоверяющего центра, в котором был получен сертификат. Как правило, срок действия составляет один год. Подписанные документы действительны и после окончания срока действия сертификата ключа проверки электронной подписи.

Введение электронных рецептов позволит существенно облегчить взаимодействие между пациентом, врачом и фармацевтическим работником, а также снизить нагрузку на врачей и работников аптек, уменьшить риски для пациентов. Согласно данным Национальной медицинской академии США, более 7000 людей в год умирают в связи с неразборчивым заполнением рецептов или ошибках при их выписывании [9]. Электронные рецепты смогут уменьшить количество ошибок при выписывании в 3-7 раз. Электронное выписывание рецептов позволит сделать работу врачей быстрее и эффективнее, а также имеет потенциал сокращения расходов в долгосрочной перспективе.

Система электронных рецептов также сможет работать как дополнительная страховка пациента от врачебной ошибки. Она сможет проверить наименование лекарственного средства, дозировку, сверить противопоказания, побочные эффекты и совместимость нескольких лекарственных веществ в одной прописи. Электронная рецептура формирует своеобразную первую линию защиты, страхующую врача.

По нашему мнению, неоспоримым преимуществом такой системы является возможность врача дистанционно продлить действие рецепта, что особенно важно для хронических больных. Такая возможность уменьшит количество повторных посещений ими врачей, и как следствие снизит нагрузку на медицинских работников и сэкономит личное время пациента.

Чтобы ускорить и автоматизировать процесс электронной выписки лекарств, можно ввести функцию автоматического заполнения, когда система электронной рецептуры будет сама генерировать серию и номер рецепта. Остальные его реквизиты можно внести как вручную, так и с помощью определенного шаблона, содержащего, например, ФИО врача и данные лечебного учреждения.

На наш взгляд, большим плюсом электронных систем рецептов является возможность изменения или отмены рецепта при обнаружении в нем ошибки. Выписанные рецепты могут поступать в своеобразный репозиторий, откуда врач сможет в любой момент получить к нему доступ. В таком случае, пациент будет гораздо меньше подвержен риску побочных действий препарата и ему не придется возвращаться к врачу для исправления рецепта при обнаружении фармацевтом ошибки.

Также в подобные системы можно внедрять функцию отслеживания отпуска препарата. Аптека сможет присылать в систему уведомления, когда ей приходит рецепт на препарат, а также когда препарат будет отпущен пациенту. Таким образом, врач сможет увидеть, если по какой-то причине пациент не приобрел лекарство и не прошел курс лечения.

Данная система дает возможность фармацевту оперативно связаться с лечащим врачом в случае возникновения проблемных ситуаций при отпуске лекарственного препарата по данному рецепту (завышенная дозировка, несовместимость лекарственных веществ в прописи). Такая функция избавит пациента от необходимости повторного обращения к врачу за необходимыми исправлениями, что существенно сэкономит личное время пациента и рабочее время врача и более полно будет отвечать деонтологическим требованиям, предъявляемым спецификой взаимоотношений.

Несмотря на все видимые преимущества, электронный рецепт имеет ряд существенных недостатков и нерешенных проблем.

Наиболее остро стоит проблема финансирования системы электронных рецептов. Создание системы обработки, передачи,

учета и хранения таких рецептов, а также обеспечение всех уполномоченных лиц нужными электронными подписями стоит больших денег. Необходимо принимать во внимание, что большая часть аптек в России принадлежит частному сектору, который финансирует себя сам. Введение этой системы обернется для него немалыми затратами. Это обстоятельство сильно тормозит процесс повсеместного запуска электронной рецептуры.

Не менее важен вопрос функциональности электронных рецептов. Согласно тексту приказа №4н электронные рецепты должны быть введены в оборот каждым субъектом РФ отдельно. Получается, что пациент, получивший электронное предписание в одном субъекте РФ, не сможет получить свое лекарство в другом, так как там система электронных назначений в форме рецептов может отличаться, либо вообще не существовать.

Очевидным решением этой проблемы станет введение единой для всех регионов медицинской информационной системы, позволяющей назначать препараты путем оформления электронного рецепта. Оптимальным будет введение единых инструментов для работы с электронной рецептурой в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), так как данная система наиболее широко представлена в Российской Федерации. Функционал данной системы должен включать полный спектр действий, связанных с электронными рецептами, начиная от их оформления и проставления усиленной квалифицированной электронной подписи и заканчивая средствами проверки подлинности рецептов в аптеках.

Максимально быстрое введение таких систем можно провести принудительно с помощью государственных законодательных актов, либо посредством стимуляции государством и финансовой помощью с переводом на эту систему всех медицинских учреждений и аптек. В любом случае, такой проект потребует больших денежных затрат как со стороны государства, так и со стороны частного медицинского и фармацевтического секторов.

С введением электронной рецептуры появляется и проблема учета наркотических препаратов. Дискуссии по применению электронной рецептуры для наркотических и психотропных препаратов рушат сложившиеся годами отношения, связанные с учетом наркотических средств. Если раньше пациент получал наркотический препарат от старшей медицинской сестры в амбулаторно-поликлиническом учреждении и сдавал ей использованную тару, то теперь он должен получить свое индивидуальное медицинское предписание в аптеке. Возникает вопрос, кому же теперь он должен сдавать неиспользованные лекарственные препараты или их фармацевтические упаковки, которые подлежат строгому учету. На данный момент такая процедура законодательно не предусмотрена.

По нашему мнению, наиболее удобной представляется возможность направления электронного рецепта в определенную аптеку, сопряженную с лечебным учреждением медицинской информационной системой. После получения пациентом препарата делается соответствующая запись в строго учетной документации, компетентное лицо в медицинском учреждении получает уведомление об отпуске лекарственного препарата из аптечного учреждения. Использованную тару пациент должен предоставить уполномоченному лицу, например, заведующему аптечным учреждением, которое будет вести учет возвращенной тары в специальном реестре. Тару от использованного препарата (либо неиспользованное наркотическое средство, которое было возвращено) уполномоченное лицо обязано передать на утилизацию. Вся эта процедура должна подлежать строжайшему государственному контролю и подразумевает введение в государственных аптечных учреждениях соответствующих уполномоченных лиц его осуществляющих.

Так как электронные рецепты не имеют физического носителя, необходима система надлежащего хранения и учета данных рецептов.

На основании приказа №4н, учет рецептов, оформленных в форме электронного документа, осуществляется в государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации посредством ведения единого реестра рецептов, оформленных в форме электронных документов. Их хранение должно осуществляться с помощью программно-технических средств медицинских информационных систем в течение сроков, установленных для соответствующих бумажных рецептурных бланков. [6]

Не совсем понятно, что следует считать программно-техническим средством. Считаются ли ими USB-флеш-накопители, компакт диски? Можно ли хранить незаполненные формы и уже прописанные рецепты на жестком диске компьютера врача? Или необходимо хранить их в централизованном порядке на серверах или в облачных хранилищах?

Наиболее удобным решением этого вопроса представляются облачные хранилища данных, так как они обладают наибольшей вместимостью и функциональностью, а запрос на передачу данных можно отправить из любого места.

Однако, достаточна ли степень защиты программно-технических средств, в том числе облачных хранилищ, а также путей передачи данных из них. Также не до конца продумана степень защиты электронных рецептов, например, форм на наркотические лекарственные препараты. Ранее им предоставлялась полиграфическая защита (розовая бумага бланка с водяными знаками, индивидуальные номерные бланки, особым образом оформленные реквизиты бумажного рецепта), строгий порядок выдачи, учета и хранения после отпуска. Электронный оборот же не позволяет предоставить им особенные бланки и помещение в сейф на хранение. Единственными средствами защиты на данный момент представляются усиленные электронные подписи и регистрация номеров рецептов при оформлении бланков.

Все вышеперечисленное указывает на то, что в настоящее время обеспечение качественного функционирования системы электронных назначений – довольно трудный, энерго- и материальнозатратный процесс. В их внедрении можно перенять опыт западных коллег, например, в США и Великобритании уже несколько лет действуют электронные рецепты. Существующие там медицинские информационные системы имеют личную карточку для каждого зарегистрированного пациента, где указаны его заболевания, назначенные лекарства, аллергии, а также история его болезни. Когда врач принимает этого пациента, он может посмотреть его данные и прямо там выписать препарат, в том числе и рецептурный. Далее врач выбирает аптеку, в которой пациент может получить и оплатить данное лекарство, а впоследствии врач может даже продлить действие этого рецепта.

Стоит отметить, что подобная система уже несколько лет успешно функционирует в Москве в рамках пилотного проекта [7]. За начало 2018 года московские врачи выписали более 45 миллионов электронных рецептов. Такая возможность появилась, начиная с 2014 года, после внедрения сервиса электронных рецептов в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС). В среднем за неделю московские доктора выписывают более 300 тысяч электронных рецептов. Сервис ЕМИАС позволяет врачу оформить электронный рецепт в семь раз быстрее, чем если бы он это делал от руки. А сэкономленное время специалист может посвятить своим пациентам [10].

Однако 43 миллиона рецептов из 45 являются льготными – препараты, отпущенные по ним, пациенты могут получить только в аптеке, прикрепленной к конкретному ЛПУ. И привязаны они все исключительно к московской медицинской системе. Значит, пациент не может прийти в удобную ему аптеку и получить свое лекарство, выписанное в электронной форме.

Таким образом, электронная система рецептов это крайне перспективная, но очень сложная система. Она должна быть связана и принята как медицинскими организациями, так и аптечными учреждениями, а также иметь функции идентификации как пациента, так и медицинских организация и связанных с ними жизнеобеспечивающих структур, доступа к истории болезни пациента, непосредственного назначения медикаментов, распечатывания выписанных рецептов и передачи рецептов в систему выдачи, организации, учета и хранения.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) // Российская газета. 25 декабря 1993.
2. Федеральный закон от 6 апреля 2011 г. №63-ФЗ «Об электронной подписи» // Российская газета. 8 апреля 2011.
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. ст. 6724.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» // Российская газета. 3 июля 2013.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 февраля 2013 г. №66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации» // URL: www.rosminzdrav.ru (дата обращения 01.06.19).
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 января 2019 г. №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» // Российская газета. 29 марта 2019.
7. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и Департамента информационных технологий г. Москвы от 22.10.2014 №914/64-16-421/14 «О порядке ведения Единого городского регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве» // URL: www.mosgorzrav.ru (дата обращения 02.06.19).
8. Самвел Г. Электронный рецепт: как это работает // Катренстиль.2013. №120.
9. Porterfield, Amber et al. «Electronic prescribing: improving the efficiency and accuracy of prescribing in the ambulatory care setting.» // Perspectives in health information management vol. 11, 2014.
10. Для удобства пациентов: московские врачи выписали уже более 65 миллионов электронных рецептов. URL: https://www.mos.ru/news/item/46346073/ (дата обращения 27.05.2019).

Об авторах:

Корнеев Михаил Борисович – студент 4 курса Института фармации Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, miki-misha@yandex.ru

Тэвина Алена Викторовна – студент 4 курса Института фармации Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, mamory11@mail.ru

Журилов Николай Владимирович – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, nikolayzhurilov@bk.ru

Mikhail Borisovich Korneev – 4th year student, Institute of Pharmacy First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

Alena Viktorovna Tevina – 4th year student, Institute of Pharmacy First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

Nikolay Vladimirovich Zhurilov – associate Professor of medical law First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

© Корнеев, М.Б., Тэвина А.В., Журилов Н.В., 2019

Лупарев Е.Б.

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О НЕКОНВЕНЦИОНАЛЬНОЙ (НАРОДНОЙ) МЕДИЦИНЕ

Статья посвящена рассмотрению проблем правового регулирования нетрадиционной медицинской деятельности в Российской Федерации. Выявляются проблемы соотношения конвенциальной и неконвенциальной медицины и с учетом зарубежного опыта вносятся предложения по совершенствованию действующего отечественного законодательства и правоприменительной практики. Особое внимание уделено гарантиям прав и законных интересов лиц, давших согласие на применение к ним методов неконвенциональной медицины.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта 18-011-00135

Ключевые слова: *нетрадиционная медицина, народная медицина, неконвенциональная медицина, целители, лекари народной медицины, альтернативная медицина, практики альтернативной медицины*

Evgeny Luparev

ON SOME PROBLEMS OF THE LEGISLATION SYSTEMATIZATION OF UNCONVENTIONAL (FOLK) MEDICINE

The article is devoted to consideration of problems of legal regulation of non-traditional medical activity in the Russian Federation. The problems of correlation of conventional and non-conventional medicine are revealed and proposals on improvement of current domestic legislation and law enforcement practice are made taking into account foreign experience. Special attention is paid to the guarantees of rights and lawful interests of the persons who gave consent to the use of methods of unconventional medicine.

The publication has been prepared under the supported by the RFBR science project 18-011-00135

Keywords: *alternative medicine, traditional medicine, non-conventional medicine, healers, medicine, alternative medicine, alternative medicine practices*

Правовое регулирование народной (альтернативной, неконвенциональной) медицины – обыденность современной правовой действительности в Российской Федерации. Специфика методологии правового регулирования обусловлена тем, что нетрадиционная медицина выполняет своего рода заместительную или дополняющую функцию по отношению к медицине официальной. Не секрет, что некоторые представители официальной медицины порой скептически относятся к народной медицине [1]. Некоторые авторы на страницах вполне авторитетных изданий говорят о том, что 40% народных медиков нуждаются в психиатрической помощи [9]. Приводимые некоторыми авторами цифры о том, что к услугам народной медицины обращаются лишь 4 % населения сомнительны [10]. Можно предположить, что мотивами, заставляющими людей обращаться к методам народной медицины являются: отсутствие в данной местности организаций официальной медицины, отсутствие необходимого количества средств на оплату медицинских услуг, недоверие методам официальной медицины. В последнем случае народная медицина выступает своего рода «оружием последнего шанса».

Кроме того, мы отдаем себе отчет в том, что альтернативная медицина базируется исключительно на добровольном характере оказания соответствующих услуг. Таким образом наблюдается сочетание диспозитивных методов правового регулирования оказания альтернативной медицинской помощи в совокупности с властными методами, обеспечивающими гарантии прав пациентов со стороны государства.

Впрочем, границы между официальной и нетрадиционной медициной вполне подвижны. Те методы лечения, которые использовались до определенного времени только в нетрадиционной медицине, например, остеопатия или, по-русски говоря, костоправство, в настоящее время используются в обеих формах медицинской деятельности. Неконвенциональная медицина, имеет свою довольно сложную структуру, включающую в себя альтернативную, традиционную, комплементарную (дополняющую) медицину [11,67]. Как уже говорилось, некоторые элементы неконвенциональной медицины имеют свойство перетекать в конвенциональную [4], или, наоборот признаваться лженаучными, как это. происходит на момент подготовки данной работы с гомеопатией в России [5]. В некоторых зарубежных странах, например, в Таиланде, традиционная медицина является частью официальной. Хиропрактика практикуются в Северной Норвегии, где, по всей видимости, данная форма альтернативной медицины особенно развита.

Народная медицина качественно менее формализована, нежели официальная медицина. Значительная часть услуг народной медицины латентна. Попытки полностью формализовать народную медицину вряд ли продуктивны. И объясняется это как раз причинами, по которым люди обращаются к представителям этого вида деятельности. Сами народные целители делятся на две категории с точки зрения получения дохода от данной деятельности: для одних эта деятельность – основной источник дохода, для других – необязательный, а порой и противоречащий их нравственным убеждениям элемент взаимоотношений с людьми. Отсутствие порою возможности оценки методов, применяемых народной медициной, а точнее, отдельными её представителями, ставит перед нормодателем и правоприменителями ряд вопросов, от решения которых в конечном итоге зависит соблюдение прав и законных интересов лиц, давших согласие на применение к ним методов народной медицины. Субъекты Российской Федерации своими актами пытаются определить методы неродной медицины, точнее обязывают заявителей на право осуществления такой деятельности эти методы указывать [7]. Охрана здоровья как важнейший показатель жизнедеятельности общества не должна иметь региональной специфики, несмотря на то, что некоторые авторы выдают это за некое благо [12]. К нормативным актам, имеющим косвенное отношение к вопросам народной медицины могут иметь отношение акты, регламентирующие, казалось бы, совершенно иные общественные отношений, например, в сфере охраны природы [7]. Действительно, специфика методов народной медицины различна в регионах Российской Федерации, но разные субъекты РФ по-разному регламентируют организацию занятия народной медициной. Как нам представляется, в рамках систематизации медицинского законодательства этот процесс должен быть унифицирован на федеральном уровне. В этом смысле одной из проблем выступает определение статуса лиц, занятых в сфере народной медицины в качестве предпринимателей. Против такого однобокого подхода говорят, по крайней мере следующие доводы:

Во-первых, профессионально народной медициной занимаются далеко не все знахари (лекари народной медицины, целители) – часть из них оказывает соответствующие услуги (в гражданско-правовом смысле) эпизодически.

Во-вторых к группе 3413 Общероссийского классификатора занятий (утв. Приказом Росстандарта от 12.12.2014 №2020-ст) к духовным методам лечения отнесены служители церкви, не имеющие духовного сана, что противоречит положениям статьи 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», прямо отграничивающей религиозные обряды от народной медицины.

В-третьих, есть лица, которые в силу своих убеждений не берут платы за лечение, но хотели бы легально заниматься народной медициной.

Указанные обстоятельства требуют дифференцированного подхода на федеральном уровне к определению права на занятие народной медициной. Здесь можно выделить три режима: предпринимательский, режим самозанятости и режим безвозмездного оказания услуг.

Государственные гарантии пациентов народной медицины обеспечиваются контролем за законностью занятия народной медициной и установлением в статье 6.2 КоАП РФ ответственности за незаконное занятие народной медициной.

Собственно, определения требуют сами по себе общественные отношения в сфере народной медицины. Сравнительный анализ статей 2 и 50 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» говорит о том, что народная медицина как медицинская помощь вообще, направлена в том числе на восстановление здоровья. Определенная разница лишь в методах оздоровления и то они законодателем оцениваются через категорию «народный опыт» без закрепления форм такого народного опыта. Очевидно, что исключая из методов народной медицины оккультно-магические и религиозные обряды, законодатель автоматически не признает их в качестве методов оздоровления. Если следовать этой логике, то при систематизации медицинского законодательства следует определить по крайней мере группы методов народной медицины: фитотерапевтические, психологические, остеопатические, хотя судя по всему данный перечень будет открытым.

В административной практике по делам о привлечении к административной ответственности как непосредственно по статье 6.2 КоАП РФ, так и по косвенно связанным с народной медициной статьями КоАП РФ, например, 14.3, довольно подробно описываются методы нетрадиционного медицинского вмешательства: выправление закостеневшего языка, заучивание лечебных стихов и т.п. [3]. Можно относиться с определенной долей скепсиса к подобным методам, но коль скоро законодатель одни методы в качестве лечебных признает, а другие нет – наиболее общая группировка методов народной медицины не будет лишней в медицинском законодательстве.

Важнейшим вопросом судебной практики по делам, связанным с осуществлением альтернативных методов лечения являются вопросы соотношения общих и специальных норм КоАП РФ, на что прямо указывает Верховный Суд РФ, разъясняя, что ответственность за отсутствие лицензии на право осуществления народной медицинской деятельности есть частный случай нарушения условий лицензирования и, потому квалифицируется именно по специальной норме статьи 6.2 КоАП РФ, а не по нормам статьи 19.1 того же кодекса [2]. Кроме того, нормы КоАП РФ, устанавливающие ответственность в сфере рекламы коррелируют со статьей 24 Федерального закона от 13.03.2006 №38-ФЗ (ред. от 01.05.2019) «О рекламе», [1] где устанавливаются определенные рамки рекламы методов народной медицины. Парадокс, но сложилась ситуация, при которой ответственность за нарушение норм субъектов Российской Федерации о занятии народной медициной в противоречии пункту 1) сати 1 статьи 1.3.1 КоАП РФ устанавливается именно федеральным законом (статьей 6.2 КоАП РФ). На наш взгляд, это еще один аргумент в пользу именно исключительно федеральной кодификации медицинского законодательства и включения его в положения статьи 71 Конституции Российской Федерации.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 13.03.2006 №38-ФЗ (ред. от 01.05.2019) «О рекламе» // Собрание законодательства РФ. 2006, №12, ст. 1232.

2. О некоторых вопросах, возникающих у судов при применении Особенной части Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24.10.2006 №18 (ред. от 09.02.2012) // Бюллетень Верховного Суда РФ, 2006. №12.
3. Постановление Федеральной антимонопольной службы России от 20.07.2016 по делу №4-14.3-759/00-08-16 // http://solutions.fas.gov.ru дата обращения 30.05.2019.
4. Письмо Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №14-3/10/1-2817 О направлении Методических рекомендаций «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» (вместе с «Методическими рекомендациями «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения», утв. Минздравсоцразвитием России 23.04.2012 // URL: https://www.rosminzdrav.ru/documents/6839-pismo-minzdravsotsrazvitiya-rossii-14-3-10-1-2817-0t-5-maya-2012-g (дата обращения- 31.05.2019).
5. Меморандум №2 Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований «О лженаучности гомеопатии» // http://klnran.ru/2017/02/memorandum02-homeopathy/ (дата обращения: 31.05.2019).
6. Приказ Министерства здравоохранения Краснодарского края от 19.10.2015 №5961 (ред. от 19.10.2017) «О порядке занятия народной медициной на территории Краснодарского края» // Официальный сайт Администрации Краснодарского края. http://admkrai.krasnodar.ru, 21.10.2015. (дата обращения: 31.05.2019).
7. Постановление главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 17.11.2014 №1285 (ред. от 05.03.2019) «Об утверждении схемы размещения, использования и охраны охотничьих угодий на территории Краснодарского края» (Официальный сайт администрации Краснодарского края http://admkrai.krasnodar.ru, 18.11.2014).
8. Федеральная служба Роспотребнадзора «Рекомендации гражданам: как защитить себя от гриппа?» // URL: https://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=7182 (дата обращения: 31.05.2019).
9. Прилепина О. Чем опасна народная медицина // URL: http://www.rg.ru/2007/05/18/znahar.html (дата обращения: 03.06.2019)
10. Действительно ли иностранные лекарства эффективнее российских? Эксперты рассказали, когда и что лучше брать // Электрон. ресурс: URL: https://gubdaily.ru/blog/lifestyle/interesnoe/dejstvitelno-li-inostrannye-lekarstva-effektivnee-rossijskix-eksperty-rasskazali-kogda-i-chto-luchshe-brat (дата обращения: 01.02.2018).
11. Василенко А.М., Шарипова М.М., Лузина К.Э. Комплиментарная медицина в современном здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. 2011. №2. С. 67-72.
12. Путило Н.В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении // Журнал российского права, 2002. №2. С. 37.

Об авторе:

Лупарев Евгений Борисович – заведующий кафедрой административного и финансового права Кубанского государственного университета, доктор юридических наук, профессор, Краснодар, jeklouparev@yandex.ru

Luparev Evgeny Borisovich – head of the administrative and financial law Kuban State University, doctor of law, professor, Krasnodar

© Лупарев Е.Б., 2019

Перова К.А., Абрамова М.В., Журилов Н.В.

ОБЗОР ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ ОТ 14.01.2019 №4Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ФОРМ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПОРЯДКА ОФОРМЛЕНИЯ УКАЗАННЫХ БЛАНКОВ, ИХ УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ»

В данном обзоре рассмотрен приказ Министерства Здравоохранения №4н, принятый во изменение приказа №1175н. Проведен сравнительный анализ, позволяющий определить различия между документами. Проанализированы пункты приказа №4н, отвечающие за урегулирование взаимодействия между медицинскими организациями и их структурными подразделениями. В ходе проведенного исследования выяснилось, что существенные изменения относятся к порядку назначения лекарственных препаратов, формам рецептурных бланков и порядку их оформления. Приказ №4н способствует устранению неточностей в терминологии, вносит ясность в теоретическую и практическую сторону медицинской деятельности врачей и фармацевтов.

Ключевые слова: *медицинское право, обзор приказа №4н, формы рецептурных бланков, порядок оформления рецептов, электронный рецепт, лекарственный препарат*

Kristina Perova, Margarita Abramova, Nikolay Zhurilov

REVIEW OF THE ORDER OF THE MINISTRY OF HEALTH CARE OF THE RUSSIAN FEDERATION DATED 14.01.2019 №4N «ON APPROVAL OF THE PROCEDURE OF PRESCRIBING DRUGS, FORMS OF PRESCRIPTIONS, THE PROCEDURE FOR REGISTRATION THESE FORMS, THEIR ACCOUNTING AND STORAGE»

This review considers the Order of the Ministry of Health Care №4n approved instead of the Order №1175n. It is a comparative analysis to determine the differences between the documents. The article contains points of the Order №4n allowing to regulate interaction between the medial organization and their structural subdivisions. Research has established that important changes relate to the order of prescribing drugs, forms of prescriptions and the procedure of their registration. The Order №4n helps to eliminate of the inaccuracies in the terminology, brings some clarity to the theoretical and practical aspects of medical activities of doctors and pharmacists.

Keywords: *medical law, review of the Order №4n, forms of prescriptions, procedure of prescribing drugs, electronic prescription, drug*

В связи с изменениями формулировок в различных нормативно-правовых документах потребовалось внести новый приказ, обобщающий необходимые требования. Нововведения коснулись пункта 16 части 2 статьи 14 Федерального закона №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и подпунктов 5.2.177, 5.2.179 Положения Министерства здравоохранения (Минздрава) РФ, утвержденном постановлением Правительства РФ №608 [3; 6]. Редактированный пункт 16 части 2 статьи 14 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит,

что к полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения относится «утверждение порядка назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, медицинские изделия, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения» [3]. В Положении о Министерстве здравоохранения (Минздрава) РФ, утвержденном постановлением Правительства №608, в новой формулировке указано, что Министерство принимает нормативно-правовые акты относительно «количества наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте» (пункт 5.2.177) и определяет «порядок назначения лекарственных препаратов, формы рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядок оформления указанных бланков, их учета и хранения» (пункт 5.2.179) [6]. Кроме того, требовал исполнения ФЗ №242 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» [4]. Все нововведенные полномочия и необходимые требования внесли в проект приказа №4н, который вступил в силу 14.01.2019 [11].

В приказе №4н исключен термин «выписывание лекарственных препаратов» и изменен на «назначение» во всех пунктах. Новый приказ регулирует порядок назначения лекарственных препаратов, определят формы рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядок их оформления, учета и хранения [11].

В отличие от пункта 1 приказа №1175н, в котором прописывалась процедура назначения и выписывания лекарственных препаратов, в пункте 1 приказа №4н устанавливаются правила назначения лекарственных препаратов в целях медицинского применения и способы оформления назначения при оказании медицинской помощи в медицинских организациях [13]. В данном положении к медицинским организациям теперь относятся и другие юридические лица такие, как индивидуальные предприниматели, занимающиеся медицинской деятельностью (указано со ссылкой на определение медицинской организации в пункте 11 статьи 2 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ») [3].

По сравнению с пунктом 5 приказа №1175н в пункте 3 приказа №4н появились новые сведения, которые необходимо указывать о назначенном лекарственном препарате. Теперь медицинский работник вносит данные о дозировке, режиме дозирования и продолжительности лечения вместо разовой дозы, кратности приема и длительности курса [11]. Все сведения о назначенном лекарственном препарате заносятся в медицинскую документацию больного, а не только указываются в медицинской карте [11].

В пункте 29 приказа №1175н сильнодействующие ЛП, наркотические и психотропные ЛП списка 2 и 3 Перечня [2] выдавались в отдельных случаях по решению руководителя медицинской организации вместе с выпиской из истории болезни, оформленный рецепт не требовался [9]. В соответствии с новым приказом №4н в пункте 4 указано, что препараты назначаются либо выдаются (пациенту или его законному представителю) вместе с оформленным рецептом, электронным и/или бумажным, одновременно с выпиской из истории болезни [11].

В отличие от приказа №1175н, где указаны только наркотические и психотропные лекарственные препараты списка 2 и 3 Перечня [2], пункт 4 приказа №4н распространяется на любые препараты, в том числе наркотические, психотропные и сильнодействующие [11].

В пункте 35 приказа №1175н медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь в стационаре, имели право выписывать рецепты на лекарственные препараты гражданам, имеющим право на льготное получение лекарств (бесплатное или со скидкой) [9]. В пункте 37 приказа №4н при выписке из стационара льготные категории граждан не могут оформить рецепт и получить лекарственные препараты,

в том числе сильнодействующие, наркотические и психотропные списка 2 и 3 [11]. С одной стороны, данный пункт позволяет контролировать назначение и ужесточает отпуск подобных препаратов, с другой – это может создавать неудобства для пациентов, которые будут вынуждены тратить больше времени на оформление и получение льготных препаратов.

В приказе №1175н в пункте 3.1 указывалось, что препарат назначается и выписывается в требованиях-накладных по международному непатентованному, группировочному или торговому наименованию, в пункте 5 приказа №4н данную формулировку убрали. Теперь необходимо осуществлять назначение только по Инструкции о порядке выписывания лекарственных препаратов и оформления рецептов и требований-накладных, которые утверждены приказом №110 [8]. Кроме того, пункт 5 приказа №4н регулирует отношения только тогда, когда стационар и аптека является структурными подразделениями одного юридического лица [11]. В других случаях необходимо обращаться к приказу Минздрава №403н [10].

В соответствии с новым приказом пункт 31 назначение и применение лекарственных препаратов, которые не входят в перечень ЖНВЛП [7], может быть осуществлено по медицинским показаниям, даже если такой пункт отсутствует в условиях договора на оказание платных услуг [11]. В пункте 28 приказа №1175н назначение препаратов не из списка ЖНВЛП могло осуществляться только в том случае, если это указано в договоре на оказание медицинских услуг на возмездной основе [9]. С одной стороны, расширяются возможности оказания медицинской помощи за счет увеличения перечня препаратов, которые могут назначаться пациенту, с другой – пациент может столкнуться с проблемой приобретения данного лекарственного средства.

Введение электронного рецепта необходимо для осуществления ФЗ №242 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» [4]. В пункте 3 приказа №4н сказано, что медицинский работник сможет оформить электронный рецепт при условии согласия пациента или его законного представителя [11]. Однако оформление рецепта в электронном виде в соответствии с пунктом 4 статьи 6 ФЗ №61 «Об обращении лекарственных средств» возможно в случае принятия решения уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ использовать вместе с бумажной формой рецептурного бланка и электронную версию [2]. Электронный рецепт будет снабжаться усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника [13]. Затем данные заносятся в единую медицинскую информационно-аналитическую систему, откуда передаются в аптечную организацию при лечебном учреждении. Пациент может получить препарат по полису обязательного медицинского страхования [18]. Данное нововведение существенно сокращает время от момента получения рецепта до момента получения лекарственного средства.

Изменения также не обошли стороной формы рецептурных бланков, правила их оформление, и соответственно оказали влияние на предстоящую фармацевтическую экспертизу в аптечных учреждениях.

Нововведения коснулись следующих форм рецептурных фланков: 148-1/у-06 (л), 148-1/у-88, 148-1/у-04 (л), 107-1/у, 107/у-НП. Один из них был упразднен (148-1/у-06 (л)) [11, 20], другие поменяли свою специфику и порядок оформления.

В связи с введением электронных рецептов, изменились правила предоставления и назначения лекарственных препаратов пациентам.

Если ранее согласно правилам, изложенным в основном приказе Минздрава России от 20.12.2012 №1175н [9], рецепт имели право назначать и предоставлять лекарственные препараты как самому пациенту, так и ему законному представителю, то сейчас в соответствии с приказом в качестве получателя может выступить еще и лицо, имеющее оформленную в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации доверенность от

пациента на право получения такого рецепта [11]. Все так же факт выдачи рецепта на лекарственный препарат законному представителю или уполномоченному лицу фиксируется в медицинской документации пациента.

Расширился так же список лекарственных форм назначаемых препаратов, которые допускается указывать при оформлении рецепта. К допустимым к использованию латинским сокращениям, добавлены, например, такие новые лекарственные формы, как «аэрозоль», «трансдермальная терапевтическая система», «спрей», «капсула», «лосьон», «пленки защечные» и другие. Также был дополнен перечень латинских сокращений ранее указываемых лекарственных форм, но в данном случае с пометкой пролонгированного действия или же с указанием перорального приема раствора [12].

Согласно настоящему Порядку при оформлении реквизитов достаточно указывать лишь фамилию и инициалы пациента. Это же касается и оформления реквизитов врача, назначающего рецепт. К тому же, графа «Возраст» заменена на графу «Дата рождения» – пункт 7 приказа №1175н [9] на соответствующий пункт приказа №4н [11]. Дополнительно в рецептурных бланках формы 107-1/у и 148-1/у-88 для детей в возрасте до одного года в графе «Дата рождения» указывается количество полных месяцев. А в графе «Подпись» теперь имеются указания не только об инициалах лечащего врача, но и акушерки и фельдшера, назначивших лекарственный препарат и оформивших рецепт.

Если ранее отметка (штамп) о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии ставилась в любом месте на обратной стороне рецепта, то теперь в новых рецептурных бланках форм 107-1/у, 148-1/у-88 и 148-1/у-88 (л) имеется поле, специально отведенное для таких случаев [13]. Рецепт, оформленный в электронной форме, с проставлением данной отметки также подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью председателя или секретаря врачебной комиссии медицинской организации [11].

В пункте 4 действующего приказа к рецептурному бланку формы №148-1/у-88 появилось разъяснение о назначении препаратов, обладающих анаболической активностью: данные лекарственные препараты должны относиться по анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) к анаболическим стероидам (код А14А) [12, пункт 10, подпункт 2].

Рецепты на лекарственные препараты для граждан, имеющих право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, теперь можно оформлять только на бланках №148–1/у-04 (л).

В соответствии с приказом Минздрава России от 11.01.2019 №4н на новом образце рецептурного бланка не требуется указывать идентификационный код лечащего врач и код лекарственного препарата, присваиваемый в аптечной организации. А при заполнении полей цифрового кодирования рецепта есть возможность указать не только код медицинской организации, но и код индивидуального предпринимателя.

Изменения в оформлении бланка 107-1/у коснулись правил назначения препаратов и сроков действия рецептов. Помимо этого, была введена электронная версия документа [19].

На рецептурных бланках №107–1/у теперь разрешено выписывать только одно наименование препарата, относящегося по АТХ к антипсихотическим средствам (код АТХ – N05A), анксиолитикам (N05B), снотворным и седативным средствам (N05C), антидепрессантам (N06A) и не подлежащего предметно-количественному учету (пункт 14 приказа №403н), и до трех наименований других ЛП, не отнесенных к вышеупомянутым АТХ [19]. При этом допускается назначение одного наименования лекарственного препарата, подлежащего ПКУ, в разных дозировках на одном рецептурном бланке [20].

В новом приказе в пункте 24 имеются указания об изменениями терминологии для рецептов, оформляемых на длительный срок в связи с наличием определенных заболеваний у пациентов. Вместо фразы «пациентам с хроническими забо-

леваниями» теперь употребляется следующая формулировка: «пациентам с заболеваниями, требующими длительного курсового лечения». Таким образом, в соответствии с пунктом 24 приказа №4н [11] при выписывании рецепта со сроком действия в течение одного календарного года, ставится пометка «По специальному назначению», взамен ранее используемой – «Пациенту с хроническим заболеванием». В связи с тем, что для рецептурных бланков разрешена электронная форма документа, в приказе приводится информация о способе заверения электронного рецепта с подобным указанием. Дополнительно данная пометка в электронной форме заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника и лица, уполномоченного заверять документы от имени медицинской организации [11].

Еще одно нововведение касается предельно допустимых количеств назначаемого лекарственного препарата и норм единовременного отпуска (НЕО) на один рецепт.

Новый приказ №4н полностью исключил нормы единовременного отпуска для препаратов, подлежащих ПКУ. При назначении лекарственного препарата в рецепте запрещается превышать количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте, установленное приложением №1 к настоящему Порядку, для всех остальных групп лекарственных средств понятие предельно допустимого количества на один рецепт больше не используется [20].

Помимо этого, был дополнен перечень лекарственных форм препаратов, относящихся к наркотическим веществам, с установлением количества, которое может быть выписано в одном рецепте.

Поменялись требования к хранению рецептурных бланков. В вышедшем приказе чётко изложены правила хранения рецептов как на бумажных, так и на введенных впервые электронных носителях. Решение о вводе рецептов в форме электронных документов, их хранении и учете принимает орган исполнительной власти субъекта РФ.

В 28 пункте приказа №4н упоминается способ получения рецептурных бланков на бумажном носителе [11]. Медицинские организации получают необходимые рецептурные бланки, оформленные типографским способом, через территориальные органы управления здравоохранением или организации, уполномоченные на это органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Программно-технические средства государственных информационных систем в сфере здравоохранения, медицинских информационных систем медицинских организаций обеспечивают хранение электронных рецептов, оформленных в форме электронных документов в течение сроков, установленных для хранения рецептов, оформленных на соответствующих формах рецептурных бланков на бумажном носителе [11].

Рецепт на бумажном носителе или в форме электронного документа, оформленный с нарушением установленных приказом №4н требований, считается недействительным [11, 20].

Оформление рецептурных бланков старого образца на бумажном носителе в соответствии с предыдущим порядком, установленным приказом №1175н [9], разрешается осуществлять до конца 2019 года согласно указанию информационного письма Министерства здравоохранения РФ от 20.05.2019 №1127 25-4 [14].

Таким образом, в результате сравнения действующего приказа №4н с недавнего времени утратившим свою силу приказом №1175н и проведенного анализа литературных источников и официальной документации были установлены значительные изменения в порядке назначения лекарственных препаратов и оформлении рецептурных бланков на бумажных носителях и рассмотрены различные аспекты утверждения новых электронных рецептов с использованием информационных технологий.

Повсеместного введения обязательных электронных рецептов для некоторых форм рецептурных бланков, значительно облегчит взаимодействие аптечных и медицинских учреждений. Это, в свою очередь, положительно скажется на обеспечении медицинской и фармацевтической помощи пациентам.

Безусловно, введение подобной масштабной электронной системы учета конфиденциальной информации нуждается в оптимизации и решении ряда возникающих вопросов и проблем в обеспечении безопасности личных данных пациентов и информации, вносимой в единый регистр. Помимо электронизации рецептов, уже активно используются электронные медицинские карты.

Учитывая вышеизложенное, можно сформулировать следующие основные цели при переходе на электронные системы оформления рецептов:

- уменьшить количество врачебных ошибок;
- повысить безопасность пациента;
- улучшить доступ к медицинской информации;
- облегчить создание отчетов и обобщение информации;
- оптимизировать временные и стоимостные параметры [16].

Список литературы:

1. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ, от 05.02.2014 №2-ФКЗ, от 21.07.2014 №11-ФКЗ), статья 41 [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 30.05.2019).
2. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 №61-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/ (дата обращения 29.05.2019).
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 01.06.2019).
4. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» от 29.07.2017 №242- ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221184/ (дата обращения: 26.05.2019).
5. Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 №681 (ред. от 19.12.2018) «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19243/ (дата обращения 25.05.2019).
6. Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 №608 (ред. от 06.04.2019) «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131573/ (дата обращения: 01.06.2019).
7. Распоряжение Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. №2738-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год, перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения 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, а также минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». Приложение №1. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год [Электронный ресурс] / Информационно-правовой портал ГАРАНТ.РУ. URL: http://www.garant.ru/ (дата обращения: 02.06.2019).

8. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 №110 (ред. от 26.02.2013) «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (вместе с «Инструкцией по заполнению формы №148-1/у-88 «Рецептурный бланк», «Инструкцией по заполнению формы №107-1/у «Рецептурный бланк», «Инструкцией по заполнению формы №148-1/у-04 (л) «Рецепт» и формы №148-1/у-06 (л) «Рецепт», «Инструкцией о порядке назначения лекарственных препаратов», «Инструкцией о порядке выписывания лекарственных препаратов и оформления рецептов и требований-накладных», «Инструкцией о порядке назначения и выписывания изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов» [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_68069/ (дата обращения: 26.05.2019).
9. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1175н (ред. от 31.10.2017) «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.06.2013 №28883) [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148452/ (дата обращения: 26.05.2019).
10. Приказ Минздрава России от 11.07.2017 №403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность» [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148452/ (дата обращения: 26.05.2019).
11. Приказ Минздрава России от 14.01.2019 №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321140/ (дата обращения: 25.05.2019).
12. Приказ Минздрава России от 14.01.2019 №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Приложение №1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321140/bf95d5ab2efb94bd6b1094bb2497855c76a33462/ (дата обращения 25.05.2019).
13. Приказ Минздрава России от 14.01.2019 №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Приложение №3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] / СПС «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321140/f5c2a946dcd6ba60967cb43757b52bbf47b2aac4// (дата обращения: 25.05.2019).
14. Информационное письмо от 20 мая 2019 года №1127/25-4 О правоприменении приказа Минздрава России от 14 января 2019 г. №4н URL: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/10/stranitsa-858/pismo-minzdravarossii-ot-20-maya-2019-1127-25-4 (дата обращения: 03.06.2019).

15. Автоматизация процессов, цифровые и информационные технологии в управлении и клинической практике лечебного учреждения: научные труды / Под ред. О.Э. Карпова. М.: Деловой экспресс, 2016. 388 с.
16. Аляутдин Р.Н., Романов Б.К., Переверзев А.П., Бунятян Н.Д. Электронная система выписывания рецептов и безопасность лекарственной терапии // Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2014. №2. С. 30-33.
17. Панюшев В.Я., Петров А.Ю., Андреева И.Н. Использование информационных технологий в системе взаимодействия врачей и провизоров при выписке рецепта и отпуске лекарственных средств из аптечной организации // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. №3. С. 85-89.
18. Медицина долгой жизни. Вероника Скворцова: ключевая задача сегодня – обеспечить высокое качество медицинской помощи // Российская газета. 2018. №51 (7514). С. 9.
19. Утвержден новый порядок назначения и оформления рецептов [Электронный ресурс] // «Катрен стиль». Онлайн-журнал для фармацевтов и медицинских работников. 2019. №182. URL: https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/news/utverzhden_novyy_poryadok_naz nacheniya_i_oformleniya_retseptov_skachat_prikaz, свободный (дата обращения: 01.06.2019).
20. Новый порядок назначения лекарственных средств. Обзор основных изменений. [Электронный ресурс] URL: https://provizor24.ru/about_prikaz_4n_text (дата обращения 26.05.2019).

Об авторах:

Перова Кристина Андреевна – студент 4 курса Института фармации Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, chris.perowa@gmail.com

Абрамова Маргарита Валерьевна – студент 4 курса Института фармации Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, abramova_vm@mail.ru

Журилов Николай Владимирович – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, nikolayzhurilov@bk.ru

Kristina Andreevna Perova – 4th year student, Institute of Pharmacy First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

Margarita Valerievna Abramova – 4th year student, Institute of Pharmacy First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

Nikolay Vladimirovich Zhurilov – associate Professor of medical law First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

© Перова К.А., Абрамова М.В., Журилов Н.В., 2019

Светличная А.В Каменская Н.А.

ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ: ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Вопросы утилизации медицинских отходов в последнее время стоит наиболее остро, с учетом того, что с каждым годом увеличивается их количество. Сложившаяся в стране неблагоприятная ситуация по утилизации представляет реальную угрозу здоровью населения и экологической безопасности государства. Опасность для человека, обусловлена наличием в их составе возбудителей различных инфекционных заболеваний, которыми могут быть заражены пациенты больниц, работники медицинских учреждений и другие люди, а также токсических и радиоактивных веществ. К тому же велика длительность выживания в таких отходах патогенных микроорганизмов. Снижение негативного влияния отходов возможно при соответствующем техническом обеспечении их утилизации и соблюдении санитарно-гигиенических требований к данным процессам, что зачастую не соблюдается и медицинские отходы могут складироваться на полигонах не обезвреженные. В статье будет рассмотрена правоприменительная практика в сфере обращения с медицинскими отходами и лицензирования деятельности по обращению с медицинскими отходами класса Б и Г.

Ключевые слова: *реформа, твердые бытовые отходы, медицинские отходы, классы отходов, классы опасности, лицензирование деятельности по обращению с медицинскими отходами*

Anastasia Svetlichnaya, Natalia Kamenskaya

PROBLEMS OF REGULATORY REGULATION OF THE DISPOSAL OF MEDICAL WASTE: LICENSING OF MEDICAL INSTITUTIONS

Issues of disposal of medical waste in recent years is the most acute, given the fact that every year their number increases. The unfavorable disposal situation in the country poses a real threat to public health and the environmental safety of the state. The danger to humans is due to the presence in their composition of pathogens of various infectious diseases, which can infect hospital patients, medical workers and other people, as well as toxic and radioactive substances. Moreover, the duration of survival in such wastes of pathogenic microorganisms is long. Reducing the negative impact of waste is possible with appropriate technical support for their disposal and compliance with sanitary and hygienic requirements for these processes, which is often not met and medical waste can be stored at landfills not neutralized. The article will consider the law enforcement practice in the field of medical waste handling and licensing of class B and G medical waste management activities.

Keywords: *waste management reform, medical waste, waste classes, hazard classes, licensing of medical waste management*

С 1 января 2019 года в России стартовала масштабная реформа по обращению с твердыми коммунальными отходами. На государственном уровне было принято решение полностью перестроить систему сбора, хранения и переработки мусора, основываясь на принципах сокращения объемов захоронения, расширенной ответственности производителей и экономики замкнутого цикла [18, 20]. Не обойдет стороной эта ре-

форма и медицинские отходы (далее МО). По данным заместителя председателя комитета Торгово-промышленной палаты РФ по природопользованию и экологии, члена Общественного совета Минприроды РФ Владислава Жукова в России ежегодно образуется около 4 млн. т. медицинских отходов, представляющих потенциальную эпидемиологическую и экологическую опасность не только для окружающей среды, но и для здоровья человека [22]. Система по обращению с МО, пока ещё очень несовершенная, будет также развиваться.

Согласно ст. 49 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» МО – все виды отходов, в том числе анатомические, патолого-анатомические, биохимические, микробиологические и физиологические, образующиеся в процессе осуществления медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях, а также при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов [4]. Согласно основному директивному документу, регламентирующим вопросы обращения с МО – СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» [7] МО разделяются по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания в соответствии с критериями, устанавливаемыми Правительством РФ, на следующие классы:

- класс А – эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам;
- класс Б – эпидемиологически опасные отходы;
- класс В – чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы;
- класс Г – токсикологически опасные отходы, приближенные по составу к промышленным;

класс Д – радиоактивные отходы.

Настоящие санитарные правила устанавливают обязательные санитарно-эпидемиологические требования к обращению (сбору, временному хранению, обеззараживанию, обезвреживанию, транспортированию) с отходами, образующимися в организациях при осуществлении медицинской и / или фармацевтической деятельности, выполнении лечебно-диагностических и оздоровительных процедур, а также к размещению, оборудованию и эксплуатации участка по обращению с медицинскими отходами, санитарно-противоэпидемическому режиму работы при обращении с медицинскими отходами. (СанПиН 2.1.7.2790-10 п. 1.2) [7]. Контроль (надзор) за соблюдением настоящих санитарных правил проводится органами в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляющими функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (СанПиН 2.1.7.2790-10 п. 1.4) [7, 21].

Основной документ, освещающий правовые стороны вопроса, касающихся манипуляций, производимых с отходами от процессов производства и потребления, является Федеральный закон от 24.06.1998 №89-ФЗ (ред. от 25.12.2018) «Об отходах производства и потребления» [2]. Согласно ст. 4.1 Федерального закона №89-ФЗ, в зависимости от степени негативного воздействия на окружающую среду все отходы делятся на пять классов опасности:

- I класс – чрезвычайно опасные;
- II класс – высокоопасные;
- III класс – умеренно опасные;
- IV класс – малоопасные;
- V класс – практически неопасные.

При этом в ч. 2 ст. 2 указанного Федерального закона предусмотрено, что отношения в области обращения с МО регулируются «соответствующим законодательством Российской Федерации». Как видно из текста ст. 4.1 классификация ФЗ №89 и СанПиН 2.1.7.2790-10 п.2.1 существенно различаются, что до определенного момента вносило некоторые недопонимания, относительно несоответствия классификации медицинских отходов классам опасности, указанным в ФЗ №89. На данный момент неясность

устранена и в Письме Росприроднадзора от 04.12.2017 №АА-10-04-32/26588 «О направлении разъяснений» приводятся указания о регулировании обращения с МО [8]. А именно: при обеззараживание физическими методами и последующем видоизменении отходы, образованные в производственном процессе по обеззараживанию медицинских и биологических отходов и изменению их товарного вида, являются отходами производства и их обращение регулируется Законом №89-ФЗ. Таким образом, под сферу регулирования Закона №89-ФЗ попадают все классы медицинских отходов (за исключением радиоактивных), а также биологических отходов, обезвреженные соответствующим образом для возможности размещения на полигоне.

В подавляющем большинстве стран, ратифицировавших в 1992 году Базельскую конвенцию [1], нормы и правила сбора медицинских отходов и их обеззараживания основываются на ее положениях. Это предполагает использование самых современных технологий, благодаря которым можно добиться уничтожения около 90% от общего количества медицинских отходов и дезинфекции оставшихся 10% с последующей полной утилизацией. Однако, несмотря на это многие страны, в число которых входит Россия, по-прежнему применяют для утилизации большинства видов медицинских отходов метод их захоронения на специальных полигонах, которому предшествует предварительная дезинфекцией. Однако это весьма нерационально, поскольку захоронение медицинских отходов сопряжено с внушительными транспортными расходами, расходами на предварительную дезинфекцию, на полное изменение товарного вида, необходимое для исключения повторного использования этих отходов.

19 марта 2019 года в г. Москве в зале состоялась первая международная конференция, посвящённая обращению с МО [19]. В конференции приняли участие руководители государственных программ и ведущие эксперты, а также представители органов власти, курирующих вопросы обращения с медицинскими отходами.

На конференции были предложены практические шаги к регулированию МО. По мнению Натальи Беляевой, заместителя председателя общероссийской общественной организации «Деловая Россия», новым стимулом для решения вопроса должна стать реформа ТКО. В первую очередь, следует включить медицинские отходы в федеральный классификационный каталог отходов согласно их категории опасности. Класс «А» (эпидемиологически безопасные) приравнять к твердым бытовым отходам, класс «Г» (токсикологически опасные отходы) классифицировать как промышленные. Эпидемиологически опасные отходы обозначить литерой «Б» и «В», включив их в Федеральный закон № 89-ФЗ. Более того, Федеральный закон № 89-ФЗ нуждается в реформировании с внесением отдельного раздела о регулировании и контроле медицинских отходов. Инициатива о разработке отдельного ФЗ по медицинским отходам была отклонена.

Таким образом, реформирование Федерального закона №89-ФЗ с включением положений о МО и введение лицензирования деятельности по обращению с медицинскими отходами заполнят пробелы в законодательства, обеспечив системность, инструмент контроля и учета медицинских отходов.

Далее мы приводим случаи из судебной практики, демонстрирующие необходимость урегулирования законодательства в сфере обращения с МО.

Необходимость лицензирования деятельности по обращению с МО

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть №72 Федерального медико-биологического агентства» разместило извещение о проведении электронного аукциона в единой информационной системе www.zakupki.gov.ru, предметом которого являлось оказание услуг по сбору, транспортированию, утилизации или обезвреживанию и захоронению отходов класса «Г». Начальная (максимальная) цена контракта – 563 460 руб. В соответствии с техническим заданием документации об аукционе требуется оказание услуг по вывозу с территории заказчика диагностических, лекарственных (в т.ч. цитостатики), дезинфицирующих средств, не подлежащих использованию (твердые, жидкие химикаты, токсические вещества, дезинфицирующие средства, просроченные или фальсифицированные лекарственные средства, вакцина); отходов от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения и др.; ртутьсодержащих предметов, приборов и оборудования (неисправные и сломанные ртутные термометры и другие ртутьсодержащие медицинские приборы, люминесцентные и бактерицидные лампы), отходов сырья и продукции фармацевтических производств;. В п. 6.1, подп. 2.1 п. 12.2.3 документации об аукционе в требованиях к участнику закупки и составу второй части заявки установлено условие о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I-IV классов опасности.

С этим не согласился один из участников аукциона и обратился с заявлением в Управление Федеральной антимонопольной службы по Челябинской области. Доводы обращения заявителя заключаются в том, что заказчиком в один лот включены услуги по сбору, транспортированию, утилизации или обезвреживанию и захоронению непригодных к использованию лекарственных средств и услуги по сбору, транспортированию, утилизации или обезвреживанию и захоронению люминесцентных ртутьсодержащих ламп. Такое формирование лота является неправомерным, по мнению заявителя, и создает преимущественные условие участия в торгах конкретному юридическому лицу, имеющему соответствующую лицензию.

Челябинское УФАС России, изучив материалы антимонопольного дела и проанализировав представленные сторонами доказательства и рассмотрев жалобу по существу, решила передать материалы дела должностному лицу Челябинского УФАС России для рассмотрения вопроса о возбуждении административного производства в отношении виновных должностных лиц.

Не согласившись с вышеуказанным решением антимонопольного органа, ФГБУЗ МСЧ №72 ФМБА России обратилось в арбитражный суд с соответствующим заявлением, полагая, что последнее нарушает права и законные интересы заявителя в экономической сфере. Руководствуясь положениями Закона о контрактной системе [5], Закона о лицензировании [3], Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.10.2015 №1062 «О лицензировании деятельности по сбору, транспортировке, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I-IV классов опасности» [6], а также требованиями СанПиН 2.1.7.2790-10, суд приходит к выводу, что медицинские отходы класса «Г» являются токсикологически опасными отходами I-IV классов опасности, в связи с чем деятельность по обезвреживанию и размещению медицинских отходов класса «Г» подлежит лицензированию в силу пункта 30 части 1 статьи 12 Закона о лицензировании [11]. Таким образом, суд считает неправомерным вывод комиссии УФАС России по Челябинской области о том, что требование заказчика ко второй части аукционной заявки не соответствует требованиям пункта 1 части 1, части 5 статьи 31, пункта 2 части 1, части 3 статьи 64, пункта 2 части 5 статьи 66 Закона о контрактной системе.

В последующем дело последовательно рассматривалось во всех вышестоящих судебных инстанциях и завершилось принятием Определения Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда России [13, 14, 17].

Аналогичная позиция также была изложена в Определении Верховного Суда Российской Федерации от 14.06.2017 №308-КГ17-6591 [9]. Таким образом было установлено, что для деятельности по утилизации и обезвреживанию МО класса «Г» необходимо наличие лицензии.

Рассмотрим другую ситуацию.

Отсутствие необходимости лицензирования деятельности по обращению с МО

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» обратилось в арбитражный суд с заявле-

нием о признании недействительными ненормативных правовых актов – решения и предписания от 01.12.2017 по жалобе №05-05-06/243-17 к Управлению Федеральной антимонопольной службы по Республике Тыва. Как следует из материалов дела, уполномоченным органом – Министерством Республики Тыва по регулированию контрактной системе в сфере закупок на официальном сайте в сети «Интернет» www.zakupki.gov.ru 16.11.2017 было размещено извещение о проведении электронного аукциона №0112200000817003262 на оказание услуг медицинских отходов класса «Б» для нужд ГБУЗ РТ «Перинатальный центр». Как установлено судом предметом закупки является «транспортирование и обезвреживание обеззараженных медицинских отходов класса «Б». В Управление Федеральной антимонопольной службы по Республике Тыва 23.11.2017 поступила жалоба от ООО «ЭКОсервис» на положения аукционной документации электронного аукциона на оказание услуги по вызову (транспортированию) и обезвреживанию медицинских отходов класса «Б» на 2018 год для нужд ГБУЗ РТ «Перинатальный центр». В жалобе заявитель указывает на то, что в документации о проведении аукциона отсутствуют требования к участникам закупки о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на соответствие санитарных правил зданий, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества для осуществления деятельности по обращению с медицинскими отходами класса «Б» и «В» в соответствии с СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (далее по тексту – СанПин2.1.7.2790-10). Приказом УФАС по РТ №380 от 27.11.2017 в связи с поступившей жалобой от ООО «ЭКОсервис» назначена внеплановая документарная проверка. В ходе проверки антимонопольным органом установлено, что в нарушение пункта 1 статьи 31 Закона о контрактной системе, требование к участникам закупки о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам объектов обезвреживания (утилизации) отходов либо договор с организацией, где планируется обезвреживание (утилизация) указанных отходов заказчика, в аукционной документации не установлено. Решением антимонопольного органа от 01.12.2017 №05-05-06/243-17 жалоба ООО «ЭКОсервис» признана обоснованной. В действиях аукционной комиссии уполномоченного органа – Министерства Республики Тыва по регулированию контрактной системы в сфере закупок нарушение пункта 1 части 1 статьи 31 Федерального закона от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (далее по тексту – Закон о контрактной системе, Федеральный закон от 05.04.2013 №44-ФЗ), в части не установления в аукционной документации требований к участникам закупки о соответствии их требованиям действующего законодательства [10].

Не согласившись с принятыми решением от 01.12.2017 по жалобе №05-05-06/243-17, Перинатальный центр обратился в арбитражный суд с настоящим заявлением. Суд, изучив представленные в дело доказательства, с учетом пояснений представителей сторон, пришел к выводу о том, что данный вывод антимонопольного органа основан на ошибочном толковании норм права, исходя из следующего [10].

По запросу ГБУЗ «Перинатальный центр Республики Тыва» (от 07.12.2017 №1006) о необходимости наличия санитарно-эпидемиологического заключения при осуществлении при транспортировании и обезвреживании медицинских отходов класса «Б» Управлением Роспотребнадзора по Республике Тыва дано разъяснение, что поскольку медицинские отходы класса «Б» не относится к отходам I – IV классы опасности, действующим санитарным законодательством выдача санитарно-эпидемиологических заключений на осуществление деятельности не предусмотрено. Пунктами 4.29 и 4.31 СанПиНа 2.1.7.2790-10 на вывоз отходов класса Г (токсикологически опасные отходы) установлены требования к наличию соответствующих лицензий у организаций, осуществляющих обезвреживание или утилизацию отходов данного класса, также вывоз и обезвреживание отходов класса Д (радиоактивные отходы) осуществляется специализированными организациями, имеющими лицензию на данный вид деятельности.

Проанализировав изложенные нормы права в совокупности, арбитражный суд пришел к выводу о том, что к отходам 1-4 классов опасности относятся только медицинские отходы класса «Г». Лицензирование деятельности в отношении медицинских отходов (за исключением медицинских отходов класса «Г», имеющих I-IV классы опасности и класса Д) нормативно не предусмотрено и требований о наличии лицензии у организации, занимающейся обезвреживанием медицинских отходов класса «Б», не установлено. Так же стоит отметить, что в требованиях было указано именно обезвреживание. Термины обеззараживание и обезвреживание являются различными, согласно Приложения №6 к СанПиН 2.1.7.2790-10 [3].

Обеззараживание (дезинфекция) отходов – дезинфекция отходов, заключающаяся в уничтожении (умерщвлении) патогенных и условно патогенных микроорганизмов, содержащихся в отходах в целях устранения их эпидемиологической опасности и осуществляется соответствующими физическим и/или химическим методами обработки отходов (в т.ч. аппаратным методом – на специализированных установках).

Обезвреживание отходов – обработка отходов с применением технологий, ведущих к утрате всех опасных свойств отходов в целях предотвращения их вредного воздействия на здоровье человека и окружающую среду.

Согласно пояснением представителя заявителя обеззараживание производится ГБУЗ РТ «Перинатальный центр», что говорит о том, что уничтожением патогенных (условно патогенных) организмов в целях устранения их эпидемиологической опасности занимается сам заказчик, данная обязанность организации предусмотрено пунктом 4.10 СанПина. При таких обстоятельствах, арбитражный суд приходит к выводу о наличии оснований для признания жалобы Перинатального центра обоснованной, а оспариваемые решение и выданное на его основании предписание от 01.12.2017 по жалобе №05-05-06/243-17 подлежат признанию недействительными.

Не согласившись с данным решением, Тывинское УФАС России обратилось в Третий арбитражный апелляционный суд с апелляционной жалобой, в которой просит обжалуемое решение суда первой инстанции отменить и принять новый судебный акт об отказе в удовлетворении заявления [12].

При изложенных обстоятельствах, судом апелляционной инстанции не установлено оснований для отмены решения суда первой инстанции и для удовлетворения апелляционной жалобы. Согласно статье 269 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, решение суда первой инстанции подлежит оставлению без изменения, апелляционная жалоба – без удовлетворения.

На данное постановление была подана жалоба в Арбитражный суд Восточно-Сибирского округа от УФАС, но также без изменений по делу [15]. Аналогично Верховный Суд отказал в передаче кассационной жалобы для рассмотрения в судебном заседании Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации [16].

Итак, отсутствие соответствующего четкого законодательного закрепления вопросов в области лицензирования деятельности в области обращения с МО и их паспортизации; несоответствие классификации МО классам опасности, указанным в Федеральном законе №89-ФЗ «Об отходах производства и потребления» служит причиной недостаточного регулирования и контроля данного вида деятельности и как следствие – неправильного обращения, и что в свою очередь не только повышает возможность непривлечения к ответственности недобросовестных в вопросах обращения с МО, но и увеличивает риски нанесения ущерба окружающей среде и заражения и травм населения в целом, и работников здравоохранения в частности.

Исходя из анализа представленных выше материалов можно сделать вывод о необходимости проведения масштабных комплексных работ по специальному, экономическому и правовому изучению проблемы обращения медицинских отходов, имеющих своей целью формирование нормативно-правового регулирования, способного обеспечить эффективную и безопасную деятельность всех заинтересованных сторон.

Список литературы:

1. Базельская конвенция о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением (Базель, 22 марта 1989 г.) (с поправками по состоянию на 8 октября 2005 г.) // URL: Система ГАРАНТ: http://base.garant.ru/10108585/#ixzz5vGIYROTM (дата обращения 27.06.2019).
2. Федеральный закон «Об отходах производства и потребления» от 24.06.1998 №89-ФЗ (последняя редакция) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19109/ (дата обращения 24.06.2019).
3. Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 04.05.2011 №99-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_113658/ (дата обращения 27.06.2019).
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Российская газета, №263, 23.11.2011.т
5. Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 №44-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144624/ (дата обращения 27.06.2019)
6. Постановление Правительства РФ от 03.10.2015 №1062 (ред. от 28.12.2018) «О лицензировании деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I-IV классов опасности» (вместе с «Положением о лицензировании деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I-IV классов опасности») // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_187009/ (дата обращения 27.06.2019).
7. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110948/ (дата обращения 27.06.2019).
8. Письмо Росприроднадзора от 04.12.2017 №АА-10-04-32/26588 «О направлении разъяснений» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284493/ (дата обращения 28.06.2019).
9. Определении Верховного Суда Российской Федерации от 14.06.2017 №308-КГ17-6591 // URL: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KLKSE111FCwJ:vsrf.ru/stor_pdf_ec.php%3Fid%3D1550944+&cd=1&hl=ru&ct=clnk&gl=ru
10. Решение Арбитражного суда Республики Тыва от 05.02.2018 по делу №А69-3880/17 // URL: http://ras.arbitr.ru/ (дата обращения 24.06.2019).
11. Решение Арбитражного суда Челябинской области от 22.05.2018 по делу №А76-32696/17 // URL: http://ras.arbitr.ru/ (дата обращения 24.06.2019).
12. Постановление Третьего арбитражного апелляционного суда от 21.06.2018 по делу №03АП-1067/18 // URL: https://kad.arbitr.ru/Card/04d88c7d-7edb-4c5b-8231-2e50495d797b (дата обращения 24.06.2019).
13. Постановление Арбитражного суда Уральского округа от 10.12.2018 по делу №Ф09-7735/18 // URL: http://kad.arbitr.ru/Card/d9f10732-eec0-4828-8a75-2a00b55c74ef (дата обращения 24.06.2019).
14. Постановление Восемнадцатого арбитражного апелляционного суда от 22.08.2018 по делу №18АП-9634/18 // URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=home#doc/RAPS018/131224/0/0 (дата обращения 24.06.2019).

15. Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 28.09.2018 по делу №Ф02-4153/18 // URL: http://ras.arbitr.ru/ (дата обращения 24.06.2019).
16. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда России от 04.02.2019 по делу №302-КГ18-24567 // URL: https://kad.arbitr.ru/Card/04d88c7d-7edb-4c5b-8231-2e50495d797b (дата обращения 24.06.2019).
17. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда России от 06.03.2019 по делу №309-ЭС19-1916 // URL: https://legalacts.ru/sud/opredelenie-verkhovnogo-suda-rf-ot-06032019-n-309-es19-1916-po-delu-n-a76-326962017/ (дата обращения 24.06.2019).
18. Громова Г.А. Некоторые проблемы правового регулирования обращения с медицинскими отходами и привлечения к административной ответственности за нарушения при обращении с медицинскими отходами // Административное и муниципальное право. 2014. № 10. С. 1031-1038.
19. Проблему медицинских отходов обсудили в Москве, 19.03.2019 // ДР: Деловая Россия [Электронный ресурс] // URL: https://deloros.ru/problemu-medicinskih-othodov-obsudili-v-moskve.html (дата обращения 27.06.2019).
20. Михаил Нестеров. В России создается устойчивая система обращения с отходами // Российская газета. 05.06.2019. Спецвыпуск №122 (7880) [Электронный ресурс] https://rg.ru/2019/06/05/v-rossii-sozdaetsia-ustojchivaia-sistema-obrashcheniia-s-othodami.html (дата обращения 27.06.2019).
21. Обращение с медицинскими отходами: правила, схема, инструкция, СанПиН. // Переработка мусора [Электронный ресурс] // URL: https://ztbo.ru/o-tbo/stati/medicina/obrashenie-s-medicinskimi-otxodami-pravila-sxema-instrukciya-sanpi (дата обращения 27.06.2019).
22. Правительство может определить подход к регулированию медицинских отходов к июню // URL: https://tass.ru/obschestvo/6436452 (дата обращения 27.06.2019).

Об авторах:

Светличная Анастасия Владимировна – студент 5 курса медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, 79153955196@yandex.ru

Каменская Наталья Андреевна – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, Москва, privet.03@mail.ru

Anastasia Vladimirovna Svetlichnaya – 5-year student of the faculty of preventive medicine First Moscow state medical University they. I.M. Sechenova Ministry of health of Russia (Sechenov University), Moscow

Natalia Andreevna Kamenskaya – associate Professor, health law Department, First Moscow state medical University they. I.M. Sechenova Ministry of health of Russia (Sechenov University), candidate of law, Moscow

© Светличная А.В., Каменская Н.А., 2019

К сведению авторов

Редакция журнала обращает внимание авторов на обязательное соблюдение правил оформления направляемых в редакцию трудов, которые детально представлены на сайте **www.med-law.ru**

Общие требования

Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала. Все статьи подвергаются обязательному независимому рецензированию соответствующими специалистами по профилю рецензируемой работы. В случае признания статьи несоответствующей требованиям, автору направляется мотивированный отказ в публикации.

Редакция журнала не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных и возможный ущерб, причиненный публикацией интересам третьих лиц. Ответственность за содержание представленной и опубликованной работы возлагается на автора (авторов) статьи.

Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары не выплачиваются. Рекламные материалы публикуются только в случае соответствия редакционной политике и за плату, размер которой устанавливается по согласованию заинтересованных сторон.

Направляя статью для публикации в журнал, автор соглашается, в случае ее принятия, с открытым доступом к тексту работы на сайтах размещения издания в сети интернет.

Направление в редакцию ранее опубликованных материалов, или уже представленных в другие издания, не допускается.

Требования к представляемым материалам

Объем оригинальных и обзорных статей не должен превышать двадцати тысяч (20 000) знаков. Объем публикаций, представляющих наблюдения из практики, рецензии – до десяти тысяч (10 000) знаков; информационные сообщения – до пяти тысяч (5 000) знаков. Пробелы, а также объем, составляющий списки использованной литературы и обязательных материалов при этом учитывать не следует.

Текст работы и прилагаемые к нему материалы должны быть тщательно выверены на предмет наличия грамматических, орфографических и стилистических ошибок.

В качестве редактора может использован любой текстовый процессор (Microsoft Word, TextEdit, OpenOffice и др.). Формат представления статьи *.doc, *.docx, *.rtf или *.odt.

Шрифт – Times New Roman, кегль 14, межстрочный интервал 1,5.

Абзацный отступ – 1,25 мм. **Не допускается установление абзацного отступа путем отбивок.**

Поля: верхнее и нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1 см.

Нумерация страниц не обязательна.

Таблицы оформляются подобно основному тексту. Таблицы должны быть пронумерованы, иметь названия, заголовки граф и строк, быть наглядными, не перегруженными. Допускается горизонтальное расположение таблиц, а также расположение на нескольких страницах. Все имеющиеся в таблицах сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь объяснения.

Для построения графиков и диаграмм следует использовать табличные редакторы (Microsoft Excel, OpenOffice). **Обязательным является предоставление соответствующего**

исходного файла использованного табличного редактора, а не только построенного на его основании изображения, внедренного в основной текст статьи. При отсутствии исходных файлов графики и диаграммы будут исключаться из публикации. При наличии изображений, создаваемых с использованием графических редакторов, представляется исходный файл в одном из стандартных форматов (*.tif, *.jpg, *.bmp, *.wmf, *.emf и др.) в разрешении не менее 300 точек на дюйм.

Все рисунки должны иметь порядковый номер, идентичный указанному в тексте статьи, заголовок, указанные непосредственно под изображением. Все имеющиеся в рисунках сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь объяснения.

Математические формулы, выражения представляются в формульных редакторах: Microsoft Equation, MathType и др.

В каждой публикации должны быть указаны на русском и английском языках следующие данные:

Сведения об авторах

- фамилия, имя, отчество всех авторов полностью
- полное наименование организации – место работы каждого автора в именительном падеже, город
- должность, звание, ученая степень авторов
- адрес электронной почты каждого из авторов
- почтовый адрес и контактный телефон (допускается указание одного адреса для всех авторов)

Название публикации

Аннотация

- размер аннотации не более 1000 и не менее 400 знаков, включая пробелы.

Ключевые слова

- ключевые слова или словосочетания, отделяемые друг от друга запятой. Обращаем внимание на то, что следует направлять не фразы, а именно ключевые слова или словосочетания.

Основной текст работы и остальные материалы должны быть тщательно выверены. Все имеющиеся цитаты должны иметь ссылки на литературные источники, которые должны быть пронумерованы. Обязательным является соответствие цифровых ссылок в тексте статьи и в списке литературы. В случае указания источника в тексте, следует в квадратных скобках указывать только его порядковый номер, согласно списку.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Оформление пристатейных ссылок и/или списков пристатейной литературы следует осуществлять в соответствии с требованиями ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления»

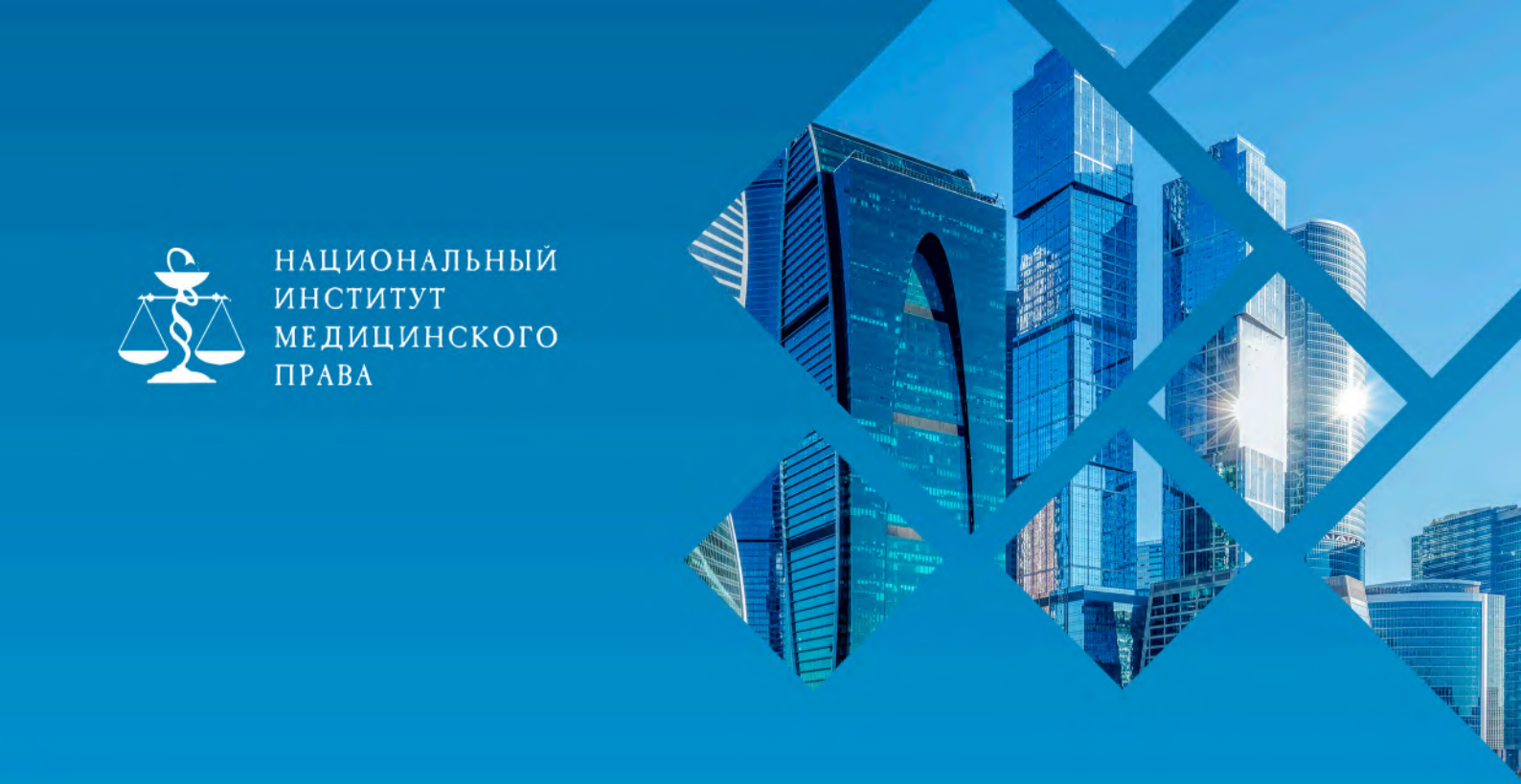
Дополнительно обращаем внимание авторов на то, что нормативно-правовые акты надлежит располагать в общем списке с единой нумерацией перед иными источниками. При этом нормативно-правовые акты должны быть расположены: а) в порядке юридической значимости; б) в хронологическом порядке. В качестве их источников должны выступать официальные издания.

К рассмотрению принимаются материалы, направленные в адрес редакции по электронной почте ***nimp@med-law.ru*** или на электронных носителях. В сопроводительном письме указываются сведения об авторах, название работы, используемое программное обеспечение и форматы представляемых материалов.

Предоставление материалов на бумажном носителе не требуется.

Представленные материалы и электронные носители не возвращаются.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА



© Национальный институт медицинского права, 2019