

ISSN 2658-6312



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 6

№1 (11)

Москва
2020

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, 2020. Том 6.
№1 (11). 140 с. URL: [https://elibrary.ru/title_](https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307)
[about.asp?id=58307](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 правоповедения 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 Григорьевич

старший преподаватель кафедры
правоповедения 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

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, 2020

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№1 [11]

Том 6

ФЕВРАЛЬ 2020 - июль 2020

Москва
2020

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№1 [11]

VOLUME 6

FEBRUARY 2020 - JULY 2020

Moscow
2020

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2020. Vol 6. №1 (11). 140 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 Grigorievich Kuranov

senior lecturer 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

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, 2020

От редакционной коллегии

В России, как и во многих других странах мира, предприняли беспрецедентные шаги с целью предупреждения распространения нового заболевания. Введение ограничительных карантинных мер во всех субъектах Российской Федерации определили особенности правового статуса граждан, что повлекло существенное изменение действующего законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

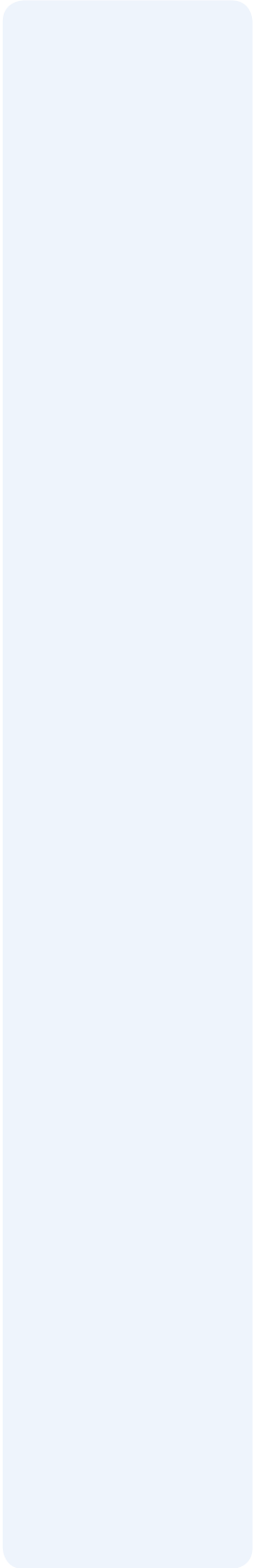
В связи с этим, в очередном номере журнала «Медицинское право: теория и практика» представлены статьи, посвящённые анализу правового режима в период пандемии на территории Российской Федерации.

Вместе с тем, по-прежнему не потеряли свою актуальность практические проблемы повседневной медицинской деятельности и особенности регулирования сферы охраны здоровья. В связи с этим, авторы журнала представили свой научный и практический опыт по наиболее актуальным и проблемным вопросам медицинского права.

Номер содержит материал, посвященный особенностям правоприменительной практики при реализации гражданами прав на выбор медицинской организации, получения информации о объеме медицинской помощи, полученной в рамках программы государственных гарантий; проанализированы проблемы неоднозначного правоприменения судами отдельных положений действующего законодательства. Представлен опыт экспертной деятельности и освещены отдельные проблемы правового регулирования по специфическим видам медицинской деятельности.

Журнал Медицинское право: теория и практика объединяет научно-практические статьи, авторы которых анализируют правовые, экономические и организационные проблемы, возникающие при осуществлении медицинской деятельности.

Тематика представленных статей отражает комплексность данной сферы правового регулирования и представляет интерес для всех участников процесса оказания медицинской помощи: 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. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Бобровская О.Н., Волобуева Ю.С.	13	Olga Bobrovskaya, Yulia Volobueva
РЕЖИМ ПОВЫШЕННОЙ ГОТОВНОСТИ КАК ОБЕСПЕЧИТЕЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭПИДЕМИИ «КОРОНАВИРУСНОЙ» ИНФЕКЦИИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ		HIGH-ALERT MODE AS A SECURITY MECHANISM FOR PREVENTING AN EPIDEMIC OF «CORONAVIRUS» INFECTION IN MOSCOW
Посадкова М.В.	21	Mariya Posadkova
ПРАВОВОЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19		LEGAL STATUS OF PATIENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC
Поспелова С.И.	27	Svetlana Pospelova
НОВЕЛЛЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19		NOVELS OF CRIMINAL LIABILITY IN THE CONTEXT OF COVID-19
Старченко А.А.	37	Alexey Starchenko
ТИПИЧНЫЕ ДЕФЕКТЫ МЕДПОМОЩИ ПО ПОВОДУ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ		TYPICAL DEFECTS IN MEDICAL CARE FOR FATAL CORONAVIRUS INFECTION

РАЗДЕЛ II. ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Куранов В.Г.	47	Vladimir Kuranov
РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА ВРАЧА НА ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КОНСТРУКЦИИ ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СООБЩЕНИЯ		IMPLEMENTATION OF THE DOCTOR'S RIGHT TO REFUSE TO TREAT THE PATIENT THROUGH THE LEGALLY SIGNIFICANT MESSAGE CONSTRUCTION
Свередюк М.Г., Ушакова О.В.	55	Maxim Sveredyuk, Olga Ushakova
ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА ВЫБОР МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА		PROBLEMS OF REALIZING THE PATIENT'S RIGHT TO CHOOSE A MEDICAL ORGANIZATION, AS PART OF THE STATE GUARANTEE PROGRAM FOR THE FREE PROVISION OF MEDICAL CARE TO CITIZENS. REGULATORY PROVISIONS AND JURISPRUDENCE

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

Куранов В.Г., Лавочкина Н.В.	67	Vladimir Kuranov, Natalia Lavochkina
ПРОБЛЕМЫ НЕОДНОЗНАЧНОГО ПРАВОО ПРИМЕНЕНИЯ СУДАМИ ПОЛОЖЕНИЙ ЗАКОНА О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В ЧАСТИ НАРУШЕНИЯ ИСПОЛНИТЕЛЕМ УСЛОВИЙ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ		PROBLEMS AMBIGUOUS ENFORCEMENT BY THE COURTS OF THE CONSUMER RIGHTS PROTECTION ACT IN TERMS OF VIOLATION OF MEDICAL CARE QUALITY CONDITIONS
Лавочкина Н.В.	73	Natalia Lavochkina
НАРУШЕНИЕ ЛИЧНОГО НЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ, ВЫРАЗИВШЕЕСЯ В НЕОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ (НА ПРИМЕРЕ МАТЕРИАЛОВ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ)		VIOLATION OF THE PERSONAL NON-PROPERTY RIGHT TO HEALTH, EXPRESSED IN THE FAILURE TO ENSURE THE SAFETY OF THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES (ON THE EXAMPLE OF JUDICIAL PRACTICE MATERIALS)

<i>Сизуа Б.В., Земляной В.П., Латария Э.Л., Захаров Е.А., Ли К.А.</i>	77	<i>Badri Sigua, Vyacheslav Zemlyanoy, Elgudja Lataria, Evgeny Zakharov, Kristina Lee</i>
ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРМИНА «ЯТРОГЕНИЯ»		EVOLUTION OF THE TERM «IATROGENIA»
<i>Старченко А.А.</i>	83	<i>Alexey Starchenko</i>
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: КУДА ВЕДУТ БЛАГИЕ НАМЕРЕНИЯ?		QUALITY CONTROL OF MEDICAL CARE IN THE SYSTEM OF COMPULSORY EDICAL INSURANCE: WHERE DO GOOD INTENTIONS LEAD?

РАЗДЕЛ IV. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

<i>Бобровская О.Н., Шелаева Н.С.</i>	93	<i>Olga Bobrovskaya, Natalia Shelaeva</i>
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВ «НОРОВИРУСНОЙ» ИНФЕКЦИИ, ВСЛЕДСТВИЕ ГРУБОГО НАРУШЕНИЯ УСТАНОВЛЕННЫХ САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ И НОРМ		CURRENT PROBLEMS OF OCCURRENCE OF FOCI OF NOROVIRUS INFECTION DUE O GROSS VIOLATIONS OF ESTABLISHED SANITARY RULES AND REGULATIONS
<i>Бышов Д.В., Гришина О.С.</i>	100	<i>Denis Byshov, Olesya Grishina</i>
ИСТОРИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ		HISTORICAL AND LEGAL ASPECTS OF FOLK MEDICINE
<i>Сергеев П.В.</i>	106	<i>Petr Sergeev</i>
АКЦЕПТ ОФЕРТЫ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ		ACCEPTANCE OF THE OFFER WHEN CONCLUDING A CONTRACT FOR PROVIDING PAID MEDICAL SERVICES BY MEDICAL ORGANIZATIONS
<i>Филиппов Ю.Н., Коптева Л.Н., Дощанникова О.А.</i>	112	<i>Yuri Filippov, Larisa Kopteva, Olga Doshhannikova</i>
КОЛЛИЗИЯ ТРЕБОВАНИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И УСЛОВИЙ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОСТАВЩИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ ТОРГОВ ФГБОУ ВО «ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ		A COLLISION OF QUALITY OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION AND CONDITIONS FOR DETERMINATION OF A PROVIDER OF EDUCATIONAL SERVICES WITH THE IMPLEMENTATION OF ELECTRONIC TRADING «PRIVOLZHISKY RESEARCH MEDICAL UNIVERSITY» OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION
<i>Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В.</i>	120	<i>Islam Shakhobov, Yuri Melnikov, Alexey Smyshlyaev</i>
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ САНИТАРНЫХ НОРМ И ПРАВИЛ В ЧАСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РЕГЛАМЕНТИРОВАННЫХ ПЕРЕРЫВОВ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ СЛУЖБЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (РАБОТАЮЩИХ НА АППАРАТАХ УЗИ)		LEGAL ASPECTS OF COMPLIANCE WITH THE REQUIREMENTS OF SANITARY NORMS AND RULES IN PART OF PROVISION OF REGULATED INTERRUPTIONS FOR EMPLOYEES OF THE ULTRASONIC AND FUNCTIONAL CASE FOR CARE
<i>Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В.</i>	129	<i>Islam Shakhobov, Yuri Melnikov, Alexey Smyshlyaev</i>
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ДЛЯ ВРАЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА «ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА»)		PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF PROFESSIONAL STANDARDS FOR DOCTOR SPECIALTIES IN THE RUSSIAN FEDERATION (EXAMPLE OF THE PROFESSIONAL STANDARD OF RADIOLOGIST)

РАЗДЕЛ I.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Бобровская О.Н., Волобуева Ю.С.

РЕЖИМ ПОВЫШЕННОЙ ГОТОВНОСТИ КАК ОБЕСПЕЧИТЕЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭПИДЕМИИ «КОРОНАВИРУСНОЙ» ИНФЕКЦИИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Введенный по указу мэра Москвы режим повышенной готовности, оказал значительное влияние на жизнь горожан и на всю систему здравоохранения города, которая впервые испытала перегрузки по инфекционному блоку и потребовала полной мобилизации медицинских служб, в направлении оказания медицинской помощи лицам, заразившимся COVID-19.

Ограничения коснулись многих составляющих жизни: введения контроля за приезжающими из стран временного пребывания, неблагоприятными по эпидемиологической обстановке; создания обсервационных зон для соблюдения карантина; запрета на пересечение границ страны, а также запрета выходить из своих домов, не иначе как для приобретения продуктов питания и выгула собаки. Такие ограничения общество воспринимало по-разному, от одобрения до полного непонимания и неприятия.

Вместе с тем ограничительные меры были направлены на сохранение здоровья жителей Москвы, на борьбу с распространением инфекции и недопущения высокой смертности.

Обращаясь к данной теме, мы предполагали рассмотреть особенности введенного режима, обосновать необходимость его введения и длительного поддержания, а также показать его оправданную эффективность для целей спасения людей.

Ключевые слова: режим повышенной готовности, «коронавирусная» инфекция, эпидемия, пандемия, карантин, самоизоляция, чрезвычайное положение

Olga Bobrovskaya, Yulia Volobueva

HIGH-ALERT MODE AS A SECURITY MECHANISM FOR PREVENTING AN EPIDEMIC OF «CORONAVIRUS» INFECTION IN MOSCOW

Introduced by decree of the mayor of Moscow on high alert, had a significant impact on the lives of citizens and on the whole health system of the city, which first experienced overload in infectious unit and demanded the full mobilization of medical services, in the direction of medical care to persons who have contracted COVID-19.

Restrictions touched many aspects of life: controlling for coming from countries of temporary stay, which was unfavourable by the epidemiological situation; creating observation areas to comply with the quarantine; prohibition on the crossing of borders, and prohibition to leave their homes, not only for the purchase of food and dog walk. Such restrictions were perceived by society in different ways, from approval to complete incomprehension and rejection.

At the same time, restrictive measures were aimed at preserving the health of Moscow residents, fighting the spread of infection and preventing high mortality.

Turning to this topic, we intended to consider the features of the regime, to justify the need for its introduction and long-term maintenance, as well as to show its justified effectiveness for the purpose of saving people.

Keywords: *high alert, «coronavirus» infection, epidemic, pandemic, quarantine, self-isolation, state of emergency*

Введение в стране режима повышенной готовности и режима чрезвычайной ситуации (далее ЧС) регулируются Федеральным законом от 21.12.1994 №68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» [3]. Эти режимы вводят органы государственной власти субъектов РФ (пункт «м» статьи 11 ФЗ-68). Исходя из положений ст. 1 Закона чрезвычайной является ситуация, возникшая на определенной территории, ... в результате ... распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, ... которая может повлечь или повлекла за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Если обратиться к данным официальных источников по заражению «коронавирусной» инфекцией в США, то по состоянию на 13 апреля 2020: общее число зараженных составляло 557 571, скончались от инфекции 22 108 человек; выздоровели — 41 831 человек [13]. Такие значения требовали незамедлительного введения режима ЧС, который и был введен практически одновременно во всех штатах.

Вместе с тем по состоянию на 1 апреля в России было зарегистрировано 2 777 заболевших в 75 регионах [14].

Представляется, что при столь очевидной разнице по количеству зараженных, необходимость введения режима ЧС в России отсутствовала. Однако нарастание тревожных значений заражения, требовало адекватных мер реагирования, и они возымели действие в режиме повышенной готовности, который полностью соответствовал эпидемиологической ситуации в стране.

Так, во исполнение Закона «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», постановлением Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. №417 были утверждены правила поведения, обязательные для исполнения гражданами и организациями» [5]. Документом введено правило ношения и предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина; использования средств коллективной и индивидуальной защиты; соблюдения общественного порядка, требований законодательства Российской Федерации о защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Иным вариантом мог служить режим чрезвычайного положения, устанавливающий ряд ограничений и предусматривающий введение комендантского часа.

Исходя из положений ст. 3 Федерального конституционного закона от 30.05. 2001 №3-ФКЗ «О чрезвычайном положении», чрезвычайное положение может быть введено в результате... чрезвычайной экологической ситуации, в том числе эпидемии и эпизоотии, возникшие в результате ...опасных природных явлений, ...и иных бедствий, повлекшие (могущие повлечь) человеческие жертвы, нанесение ущерба здоровью людей и окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности населения [1]. Однако представляется, что для введения чрезвычайного положения оснований не было. И в целом, данный режим может быть введен лишь тогда, когда режим ЧС недостаточно эффективен. При этом это тот режим, который устанавливает ограничения на свободу передвижения по территории,

на которой введено чрезвычайное положение, а также особый режим въезда на указанную территорию и выезда с нее, включая установление ограничений на въезд на указанную территорию и пребывание на ней иностранных граждан и лиц без гражданства; ограничение движения транспортных средств и осуществление их досмотра; установление ограничений на осуществление отдельных видов финансово-экономической деятельности, включая перемещение товаров, услуг и финансовых средств. Вместе с тем закон допускает временные отдельные ограничения прав и свобод исключительно для обеспечения безопасности граждан и защиты конституционного строя. При этом не подлежат ограничению права и свободы, предусмотренные статьями 20 (право на жизнь), 21 (право на достоинство личности, запрет на жестокое обращение и медицинские опыты без согласия человека), части 1 статьи 23 (неприкосновенность частной жизни и личной тайны), 24 (недопустимость сбора информации о частной жизни лица без его согласия), 28 (свобода совести и вероисповедания), части 1 статьи 34 (право на свободное использование своих способностей и имущества), части 1 статьи 40 (право на жилище), 46-54 (судебно-юридические аспекты, право не свидетельствовать против себя, право на возмещение государством вреда, причиненного незаконными действиями органов власти или должностных лиц) Конституции РФ.

Однако срок введения такого режима ограничивается 30 сутками, и может продлеваться до 60 суток по отдельным территориям страны, что не соответствовало эпидемической обстановке, при которой ни один из ведущих специалистов вирусологов не мог назвать точных сроков окончания нашествия. Представляется, что это ограничение, установленное законом, послужило также одной из причин отказа от введения режима чрезвычайного положения в России.

В борьбе с распространением «коронавируса» власти принимают те меры, которые считают наиболее эффективными и предпочтительными.

Правительство имеет возможность ввести по всей стране ограничительные мероприятия (карантин), если это предписывает главный государственный санитарный врач или его заместители (п. 6 ч. 1 ст. 51 Федерального закона от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения») [4].

С целью предотвращения распространения «коронавирусной» инфекции был принят Указ Президента Российской Федерации от 02.04.2020 №239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой «коронавирусной» инфекции (COVID-19)» [6].

По указу президента губернатор или мэр мог самостоятельно выбрать режим ограничений.

Такая ситуация возникла впервые, не только в России, но и в мире. Готовность реализации мобилизационных мер была высокой, но не эффективной. Поскольку информация о возникновении вируса и источниках его распространения оставалась не раскрытой, и никто не знал, как будет развиваться эпидемическая ситуация в дальнейшем, медики делали упор на изоляцию и разведения потоков людей, чтобы избежать быстрого распространения инфекции.

По мнению известного профессора вирусолога А. Альштейна вирус не может исчезнуть. Его появление в одной стране без введения противоэпидемических мероприятий способно вызвать перенос на другие страны. Остановить заражение полностью — является трудной задачей [16].

Обстановка с «коронавирусом» в России ежедневно ухудшалась. Наиболее сложная эпидемиологическая обстановка наблюдалась в Москве и Московской области. 5 марта 2020 года Мэр Москвы Сергей Собянин подписал Указ «О введении режима повышенной готовности» [7]. Именно с момента введения данного режима стало возможным избежать тяжелого развития эпидемиологической обстановки. Меры профилактического характера, принятые своевременно и в полном объеме,

стали важным этапом борьбы за жизнь и здоровье людей.

Поскольку Москва является транспортно-пересадочным узлом, в котором постоянно курсируют большие потоки людей, эпидемиологическая нагрузка в нем, и, в настоящее время, и, в былые времена, остается одной из самых высоких в мире. После открытого сообщения ВОЗ об агрессивном распространении инфекции [12] и невозможности обеспечения полного контроля по ее барьерному сдерживанию в границах отдельных государств, в столице были разработаны особые меры профилактики для лиц, вернувшихся из Италии, Франции, Германии, Испании и других стран с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой.

Предполагалось, что такие лица должны будут соблюдать режим самоизоляции в течение 14 дней. И самостоятельно обращаться за медицинской помощью на дому, без посещения поликлиник

Все предприятия, деятельность которых носит непрерывный характер, обязали проводить ежедневный мониторинг температуры сотрудников и отстранять от работы тех, температура которых была выше нормы.

Кроме того, следует отметить и важность такой меры, как перевод на дистанционную работу лиц старше 65 лет, а также лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями, которые были введены позднее Указом Мэра Москвы от 23 марта 2020 г. №26-УМ «О внесении изменений в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. №12-УМ [8].

Поликлиники были переведены в особый режим работы [10]. Врачи были ориентированы на прием на дому пациентов с признаками ОРВИ, прилетевших из стран с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, и пожилых людей.

Указом мэра Москвы от 11 апреля 2020 года №43-УМ «Об утверждении Порядка оформления и использования цифровых пропусков для передвижения по территории города Москвы в период действия режима повышенной готовности в городе Москве» [9], был введен пропускной режим. Ограничения на передвижение по пропускам распространялись только на тех лиц,

кто выезжал в город по работе или иных случаях. В остальном правила для выхода из дома оставались без изменений (были разрешены походы в магазин, поликлинику, поездки на общественном транспорте или личном внутри своего района, соседнего, в том числе для посещения гипермаркета).

Перечисленные меры не были ни чрезвычайными, ни нарушающими права и законные интересы людей: жителей и гостей столицы. Наоборот, они позволили разгрузить систему здравоохранения, создать дополнительные резервы в кадровом и материальном оснащении, развести потоки людей, не позволив массам заразиться самим и инфицировать других. Экономические проблемы, связанные с утратой работы, снижением заработка и временным запретом на реализацию своих бытовых потребностей не сопоставимы с человеческими потерями, которых удалось избежать в значительной мере.

Однако, в ряде случаев, граждане пренебрегали установленными правилами и проявляли упорство в нежелании подчиняться режиму повышенной готовности, оспаривая даже существование самого «коронавируса» в его общемировом значении.

В целях реализации данных ограничений в КоАП РФ [2] были внесены изменения, которые, в дальнейшем, вызвали неправильную оценку обстоятельств доказывания вины правоохранными органами и судебными ошибками, когда ст. 6.3 КоАП РФ применялась к лицам, которые нарушили режим самоизоляции, не являясь носителем вирусной инфекции. В дальнейшем такие судебные решения были отменены, поскольку ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ применяется лишь к лицам, нарушившим карантин по предписанию врача эпидемиолога. В этом случае они подвергаются штрафу в размере от пятнадцати тысяч до сорока тысяч рублей.

Нарушители режима самоизоляции подвергались штрафным санкциям в соответствии со ст. 20.6.1. КоАП, в размере от одной тысячи до тридцати тысяч рублей.

В настоящее время Приказом Министерства связи и массовых коммуникаций РФ от 11 февраля 2016 г. №44 «Об утверж-

дении правил размещения информации в федеральной государственной информационной системе координации информатизации» [11] разработана система отслеживания контактов больных COVID-19. Настоящим Регламентом определен порядок информационного и организационно-технического взаимодействия системы отслеживания граждан, находившихся в контакте с больными коронавирусной инфекцией с информационными системами заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и оперативными штабами субъектов Российской Федерации. В документе фиксируется, что в качестве основных исходных данных для системы отслеживания будут использоваться данные Минздрава о номере телефона (подвижной радиотелефонной связи, ПРТС) зараженного коронавирусной инфекцией. С помощью специализированных алгоритмов по геопозиции и данным операторов будут выявлять контактных лиц, для предотвращения последующего инфицирования.

Сформированный список таких людей будет конкретизирован с учетом данных о времени их совместного нахождения с зараженным и особенностей перемещения в течение наблюдаемого периода.

В результате будут формироваться списки номеров абонентов, которые подвергались риску заражения в ходе общения с заболевшим.

Полученные данные предполагается размещать на информационных ресурсах Минкомсвязи России и направлять в дальнейшем, в оперативные штабы субъектов Российской Федерации, Росгвардию, МВД России и Минздрав России.

При этом, особое значение для обеспечения санитарно-эпидемиологического эффекта состоит в геолокационном контроле за лицами, обязанными соблюдать

карантин, после постановки диагноза, если они проходят лечение на дому. Мониторинг геолокации таких лиц будет осуществляться в круглосуточном режиме. В случае нарушения установленных границ, орган контроля будет фиксировать время и координаты местонахождения абонента при каждом нарушении, продолжительность нарушения, максимальное удаление от места проведения карантина, показатель соблюдения карантина. Представляется, что такая мера является чрезвычайно полезной и оправданной.

Благодаря введению режима повышенной готовности, удалось замедлить развитие эпидемии. Временной ресурс был использован, прежде всего, для того, чтобы существенно повысить готовность всей системы здравоохранения на случай обострения эпидемиологической ситуации. Число специализированных коек оборудовались для лечения осложнения болезни, были сформированы запасы оборудования и техники, созданы резервы аппарата ИВЛ.

В каждом регионе страны создавались все условия для оказания высокой специализированной медицинской помощи людям с тяжелым протеканием заболевания.

В апреле общее число зарегистрированных умерших с «коронавирусом» COVID-19 составило 2712 человек, следует из данных Росстата [15].

На настоящее время было подтверждено 520 тыс. случаев заражения «коронавирусом» [14].

Как показал мировой опыт, именно, не готовность, перегрузка системы здравоохранения стала основной причиной распространения новых случаев и высокой смертности. Благодаря принятым мерам по борьбе с «коронавирусной» инфекцией в России, заболеваемость пошла на спад, вирус стал менее агрессивным.

Список литературы:

1. Федеральный конституционный закон от 30.05.2001 №3-ФКЗ (ред. от 03.07.2016) «О чрезвычайном положении» // Собрание законодательства РФ. 2001.04.06. №23. Ст. 2277.
2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 23.06.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 04.07.2020) (ч. 1 ст. 20.6.1; ч. 3 ст. 6.3) // Собрание законодательства РФ. 2002.07.01. №1 (ч. 1). Ст. 1.

3. Федеральный закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21.12.1994 №68-ФЗ (последняя редакция) // «Собрание законодательства РФ». 1994.26.12. №35. Ст. 3648.
4. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства РФ. 1999.05.04. №14. Ст. 1650.
5. Постановление Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. №417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации» // [электронный ресурс] <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73741778/> (дата обращения 18.06.2020)
6. Указ Президента РФ от 2 апреля 2020 г. №239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» // [интернет-ресурс]: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73735022/> (дата обращения 18.06.2020)
7. Указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. №12-УМ «О введении режима повышенной готовности» (с изменениями и дополнениями) // [электронный ресурс] <https://base.garant.ru/73711482/> (дата обращения 18.06.2020)
8. Указ Мэра Москвы от 23 марта 2020 г. №26-УМ «О внесении изменений в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. №12-УМ» // <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73679619/> (дата обращения 18.06.2020)
9. Указ мэра Москвы от 11 апреля 2020 года №43-УМ «Об утверждении Порядка оформления и использования цифровых пропусков для передвижения по территории города Москвы в период действия режима повышенной готовности в городе Москве» // [электронный режим]: <https://rg.ru/2020/04/11/moscow-ukaz43-reg-dok.html> (дата обращения 18.06.2020)
10. Приказ Минздрава РФ от 19 марта 2020 года №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (с изменениями на 29 мая 2020 года) // [электронный ресурс] <http://docs.cntd.ru/document/564482310> (дата обращения 18.06.2020)
11. Приказ Министерства связи и массовых коммуникаций РФ от 11 февраля 2016 г. №44 «Об утверждении правил размещения информации в федеральной государственной информационной системе координации информатизации» (не вступил в силу) // [электронный ресурс] <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71308280/> (дата обращения 18.06.2020)
12. ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19 // [электронный ресурс] <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> (дата обращения 18.06.2020)
13. Коронавирус в США, последние новости на 13 апреля 2020: общее число зараженных превысило 550 тысяч // [электронный ресурс] <https://www.kp.ru/online/news/3833377/> (дата обращения 18.06.2020)
14. Количество зараженных коронавирусом в России на 1 апреля 2020 года увеличилось до 2 777 // [электронный ресурс] <https://www.kp.ru/daily/27112.4/4188637/> (дата обращения 18.06.2020)
15. Росстат: в апреле умерли 2712 человек с «коронавирусом» // [электронный ресурс] <https://www.kommersant.ru/doc/4378340> (дата обращения 18.06.2020)
16. Почему вторая волна коронавируса все-таки возможна: новые данные о COVID-19 [электронный ресурс] <https://www.kp.ru/daily/27151.5/4247374/> (дата обращения 18.06.2020)

Об авторах:

Бобровская Ольга Николаевна — доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, доцент, Москва, uracadem@yandex.ru

Волобуева Юлия Сергеевна — студентка пятого курса медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, djulieta-96@mail.ru

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

Yulia Sergeevna Volobueva — fifth year student of the medical and preventive faculty of the I. M. Sechenov First Moscow state medical University of the Ministry of health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow

© Бобровская О.Н., Волобуева Ю.С., 2020

Для цитирования:

Бобровская О.Н., Волобуева Ю.С. Режим повышенной готовности как обеспечительный механизм предупреждения эпидемии «коронавирусной» инфекции в городе Москве // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 13-19.

For citation:

Bobrovskaya O.N., Volobueva Y.S. High-alert mode as a security mechanism for preventing an epidemic of «coronavirus» infection in Moscow // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 13-19.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 21.06.2020 г.

Посадкова М.В.

ПРАВОВОЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

В статье приводится генерализация и критический анализ новелл нормативного регулирования правового статуса пациента во время пандемии: общие нововведения, поддерживающего характера; ограничительные меры для пациентов с COVID-19 и положение лиц с иными тяжелыми заболеваниями.

Автор подвергает сомнению соблюдение баланса частных и публичных интересов при оперативном введении властных ограничительных (а иногда даже поддерживающих) мер без разработки соответствующих правовых механизмов реализации, а также демонстрирует результаты проведенного исследования статистических данных для оценки фактического состояния пациентов в регионе.

Ключевые слова: права человека, права пациентов, пандемия, COVID-19, баланс, пропорциональность, ограничительные меры, право на охрану здоровья и медицинскую помощь, меры государственной поддержки

Mariya Posadkova

LEGAL STATUS OF PATIENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

The article provides a generalization and critical analysis of novelties of regulatory regulation of the patient's legal status during the pandemic: General innovations of a supportive nature; restrictive measures for patients with COVID-19 and the situation of people with other serious diseases.

The author questions the balance of private and public interests in the prompt introduction of power-based restrictive (and sometimes even supportive) measures without developing appropriate legal mechanisms for implementation, and also demonstrates the results of a study of statistical data to assess the actual state of patients in the region.

Keywords: human rights, patient rights, pandemic, COVID-19, balance, proportionality, restrictive measures, right to health and medical care, state support measures

В связи со сложившейся эпидемиологической ситуацией можно говорить о том, что в наиболее уязвимом положении оказались пациенты как основные субъекты правоотношений в сфере здравоохранения, включая как пациентов с диагностированным COVID-19, так и с другими заболеваниями, в том числе хроническими, орфанными и высокочувствительными. Для обеих категорий пациентов на законодательном уровне (федеральном и региональном) были введены дополнительные поддерживающие и ограничительные меры в целях поиска баланса интересов между предотвращением распространения инфекции (защитой здоровья всего населения) и личными правами человека. Предлагаем рассмотреть новеллы россий-

ского законодательства и предположить, удалось ли пациенту сохранить защищенность своего правового статуса.

В статье мы рассмотрим и систематизируем новеллы российского законодательства, посвященные правовому статусу пациентов, особо уделяя внимание общим нововведениям, поддерживающего характера; ограничительным мерам для пациентов с COVID-19 и правовому положению лиц с иными тяжелыми заболеваниями.

Государственные меры поддержки пациентов

На первом этапе распространения новой коронавирусной инфекции на территории России (до введения режима повышенной готовности) федеральным органом испол-

нительной власти в сфере здравоохранения были приняты общие разъяснения по приоритетным направлениям в организации и реализации медицинской помощи.

Во-первых, был введен временный порядок дистанционного выписывания больничных листов для всех лиц, вернувшихся из-за рубежа¹. Во-вторых, предусмотрена возможность получения лекарственных препаратов по рецепту родственниками, знакомыми и волонтерами. В-третьих, был запущен в кратчайшие сроки разработанный электронный сервис по коронавирусу, предоставляющий возможность определить свою принадлежность к группам риска и последующую маршрутизацию в конкретном регионе². В-четвертых, рекомендовано выписывание рецептов с максимальным сроком действия, а также проведение обзвона пациентов с хроническими заболеваниями³.

Вместе с тем, некоторые нормы нельзя охарактеризовать как нововведения, скорее они просто «затерялись» во всем массиве уже существующего законодательства и не были практически реализованы. Например, не только в период пандемии, но и в «мирное» время лечащий врач имеет право выписать рецепт с длительным сроком действия: от 15 дней (наркотические и психотропные препараты) до 90 дней (для граждан, имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение или со скидкой) и до 180 дней (для граждан с хроническими заболеваниями). Однако на практике данная норма практически не реализуется особенно в отношении дорогостоящих лекарственных препара-

тов, и пациенты вынуждены ежемесячно посещать лечащего врача и аптечное учреждение.

Следующий этап внедрения новелл сопровождался дополнительными гарантиями для пациентов, в связи с параллельным применением ограничительных мер, касающихся свободы передвижения.

В первую очередь, вступила в силу норма, разрешающая проведение розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения аптечными организациями в дистанционном формате⁴. Спрос на введение такого законодательного положения ощущался в обществе уже давно, а сложившаяся эпидемиологическая ситуация лишь ускорила процесс реализации. Важно отметить, что законодательная новелла представляется достаточно разработанной и включает в себя не только права субъектов, но и возможные правовые риски, в том числе с уточнением требований к онлайн-площадке и порядку организации доставки. Так, не все аптечные учреждения автоматически приобретают полномочие на осуществление дистанционной торговли, а только те, которые получают соответствующее разрешение Росздравнадзора. Кроме того, в «мирное» время онлайн-продажа для рецептурных препаратов, наркотических, психотропных и спиртосодержащих лекарственных препаратов с объемной долей этилового спирта более 25% остается пока невозможной. Однако в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, может быть установлен временный порядок розничной торговли дистанционным способом и для рецептурных препаратов по инициативе Правительства (п. 9)⁵. В настоящее время он действует до 31 декабря 2020 г.

1 Временный порядок оформления больничных. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_348460/ (дата обращения 11.06.2020)

2 Информация от Министерства Здравоохранения России «Минздрав России запустил для граждан электронный сервис по коронавирусу». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_348411/ (дата обращения 11.06.2020)

3 Информация Министерства здравоохранения РФ от 26 марта 2020 г. «Минздрав России рекомендует медицинским работникам выписывать рецепты с максимально возможным сроком действия и обзванивать пациентов с хроническими заболеваниями». URL: <https://base.garant.ru/73807888/> (дата обращения 11.06.2020)

4 Федеральный закон от 3 апреля 2020 г. №105-ФЗ «О внесении изменений в статью 15.1 Федерального закона «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и Федеральный закон Об обращении лекарственных средств» // СПС КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_349322/ (дата обращения 11.06.2020)

5 Там же.

Полагаем, что сформированный подход к продаже лекарств через сеть Интернет расширяет возможности электронной торговли (своего рода инструмент для цифровой социализации) и позволяет обеспечить лекарственными средствами не только в условиях ограничительных мер, но и по окончании пандемии в целях реализации права пациента на качество и доступность медицинской помощи. При этом особое внимание следует уделить особенностям взаимодействия и контролю над реализацией нормы.

Вместе с тем, без методических указаний в начале пандемии остались лица с установленной инвалидности или вынужденные ее установить в самое ближайшее время. В дальнейшем полномочные органы установили временный порядок получения инвалидности: теперь первичное освидетельствование реализуется только заочным способом, а статус инвалида продлевается на шесть месяцев автоматически⁶. Порядок установления инвалидности остается одним из основных проблемных вопросов для российского пациента, особенно с учетом зависимости льготного лекарственного обеспечения и статуса «инвалид», поэтому для многих пациентов такое правительственное решение, в том числе переход на электронный документооборот было долгожданным и открыло новые возможности для реализации их прав.

Еще одним из развивающих направлений стало активное внедрение и развитие телемедицинских консультаций. Особенно актуальным это стало для некоторых крупных регионов, которые наиболее пострадали от пандемии и были вынуждены ввести дополнительные ограничительные меры (например, перемещение по городу только по пропускам). Так, в Москве при поддержке регионального органа здравоохранения уже активно используют телемедицинские консультации, правда, пока только для пациентов с COVID-19, у которых лечение проходит в легкой форме на дому⁷. На фе-

деральном уровне подобное правовое регулирование пока не введено — законопроект находится на рассмотрении в законодательном органе власти и пока предусматривает активное использование телемедицины (без особых ограничительных мер) только при чрезвычайных ситуациях и при угрозе распространения особо опасного заболевания⁸. Полагаем, что телемедицина обладает уникальным потенциалом, направленным на повышения уровня качества и доступности медицинской помощи для пациентов, и инициативу ее скоростного внедрения можно только поприветствовать.

Итак, государство оперативно отреагировало на сложившиеся правовые реалии в условиях пандемии и воплотило новые механизмы реализации установленных прав пациентов в «букве закона». Теперь обеспокоенность вызывает фактическая реализация установленных мер и их реальная возможность сгладить конфликт между частными и публичными интересами.

Пациенты с COVID-19

В дополнении к введенным по отношению к пациентам поддерживающим нормам, некоторые категории пациентов подверглись и ограничительным мерам. В первую очередь, с законодательными нововведениями, ограничивающими конституционные права, пришлось столкнуться пациентам с COVID-19, в том числе в связи с его незамедлительным внесением в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих⁹.

Так, после установления диагноза при его легком течение или после выздоровления в стационарных условиях, пациент с COVID-19, а также совместно проживающие с ними лица, граждане с подозрением на на-

6 Постановление Правительства РФ от 9 апреля 2020 г. №467. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73769784/> (дата обращения 11.06.2020)

7 Врачи на связи: как медицина помогает в борьбе с коронавирусом. URL: <https://www.mos.ru/news/item/72444073/> (дата обращения 11.06.2020)

8 Законопроект №930215-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части особенностей оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций). URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/930215-7> (дата обращения 11.06.2020)

9 Постановлением Правительства РФ от 31 января 2020 г. №66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» коронавирусная инфекция (2019-nCoV). URL: <https://base.garant.ru/73492109/> (дата обращения 11.06.2020)

личие COVID-19 и граждане с проявлением острой респираторной вирусной инфекцией и другими инфекциями подвергаются электронному мониторингу местоположения гражданина (в том числе мобильное приложение на телефоне) — главные ресурс межведомственного взаимодействия органов государственной власти и фиксатор нарушения законодательных норм. У таких пациентов нет права отказаться от использования мониторинга или заменить его другими альтернативными мерами, а власти убеждены в полной сохранности информации, а также соответствии законодательства о персональных данных и врачебной тайне¹⁰. Однако с учетом поспешности такого введения потенциально возникает риск незаконного раскрытия персональных данных третьим лицам. При этом нужно отметить, что внедрение электронного мониторинга пока не является обязательным для всех регионов России, а решения о необходимости его введения, как, впрочем, и многие другие ограничения, остаются за главами субъектов России.

Кроме того, внесение новой коронавирусной инфекции в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, автоматически предоставило возможность проведения для лиц, страдающих таким заболеванием, медицинского вмешательства без согласия гражданина, одного из родителей или законных представителей (п. 9 ст. 20)¹¹, а также к возможной принудительной изоляции и госпитализации всех вышеперечисленных категорий граждан помимо лица с установленным диагнозом (ст. 33)¹².

¹⁰ Распоряжение Департамента информационных технологий г. Москвы от 29 апреля 2020 г. №64-16-186/20 «Об утверждении Порядка применения технологии электронного мониторинга местоположения гражданина в определенной геолокации с использованием мобильного приложения «Социальный мониторинг». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73935228/> (дата обращения 11.06.2020)

¹¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 11.06.2020)

¹² Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 №52-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения 11.06.2020)

Рассматриваемые нормы существовали в российском законодательстве и ранее, однако для некоторых категорий заболеваний уже был разработан четкий правовой механизм их реализации, включая всех подпадающих под нормы субъектов (например, для активных форм туберкулеза процесс введения принудительного вмешательства закреплён на уровне отдельного федерального закона)¹³. В данном же случае процедура была закреплена в рекомендациях главного санитарного врача Российской Федерации, что, вызывает некоторые сомнения о формальной (не федеральный закон) и содержательной (механизм и зоны ответственности не детализированы) конституционности нововведения. При этом стоит отметить, что Верховный Суд Российской Федерации уже подтвердил наличие таких полномочий у главных санитарных врачей и их заместителей в одном из своих обзоров, несмотря на отсутствие оптимальной модели функционирования¹⁴.

Итак, очевидным представляется внедрение в нормативную базу усиленных механизмов контроля за пациентами с COVID-19, что является логичным или даже обязательным в целях защиты здоровья всего населения, тем не менее важным остается необходимость соответствия принимаемых мер действующему законодательству для недопущения правовой неопределенности и нарушений прав человека¹⁵.

Лица с хроническими заболеваниями

В связи со стремительным увеличением количества заболевших COVID-19 на территории России приоритетные усилия

¹³ Федеральный закон от 18 июня 2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». URL: <http://base.garant.ru/12123352/> (дата обращения 11.06.2020)

¹⁴ Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №1, утвержденный Президиумом Верховного Суда РФ 21 апреля 2020 г. URL: <https://base.garant.ru/73924465/> (дата обращения 11.06.2020)

¹⁵ Конституция Российской Федерации от 12.12.1993г. Ст. 55 // СПС КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 15.05.2019)

здравоохранения были брошены на борьбу с инфекцией. Однако в не менее уязвимом состоянии остались пациенты с хроническими и орфанными (редкими) заболеваниями, достаточных средств и усилий на поддержку которых не хватало и продолжает не хватать. Введенные всеобщие ограничения в разы усложнили для таких пациентов возможность получения качественной и доступной медицинской помощи. В соответствии со статистикой проводимого правового мониторинга Благотворительного фонда помощи детям и взрослым с нарушениями иммунитета «ПОДСОЛНУХ», 67% опрошенных пациентов столкнулись с трудностями в лекарственном обеспечении (амбулаторно и в стационаре) в период пандемии. Так, в марте проблемы затронули 73% респондентов, в апреле — 56%, в мае — 60%. Причем, интересным видится то, что из опрошенных чуть больше половины (56%) связывают возникшие трудности со сложившейся эпидемиологической ситуацией.

Во-первых, несмотря на введенную на федеральном уровне норму, предусматривающую возможность обеспечения пациентов препаратами амбулаторно в дистанционном порядке, ее потенциал пока так и не был реализован в должном объеме. В первые дни режима повышенной готовности, в связи с трудностями доступа в медицинские учреждения, многие пациенты получали необоснованные отказы, а значит, оставались без жизненно необходимых препаратов. Позднее в крупных городах было организовано дистанционное лекарственное обеспечение, но некоторые регионы так и остались не готовы к реализации новелл, в том числе и технически, и вынуждают пациентов самостоятельно посещать больницы (переоборудованные под COVID-19) и аптеки. Вместе с тем нужно отметить, что поддерживающие нормы по дистанционному обеспечению препаратами, а также по выписыванию рецептов на длительный срок, остались лишь рекомендацией для лечащего врача на федеральном уровне, так и не получив императивного характера даже во время пандемии в целях снижения рисков для здоровья пациентов.

Во-вторых, на нормативном уровне была ограничена плановая медицинская помощь в стационарных условиях (дневных и круглосуточных)¹⁶. Так, в период повышенной готовности плановая медицинская помощь может быть организована только при наличии направления на госпитализацию, выданного лечащим врачом, либо региональным Минздравом, либо федеральным органом исполнительной власти (п. 1.11). Во всех других случаях пациенты могут получать отказы в связи с эпидемиологической ситуацией, которые будут законны без учета всех возможных рисков для пациентов.

По истечении некоторого времени норма была дополнена перечнем нозологий, лица с которыми могут получить стационарную помощь в полном объеме. К ним относятся онкологические, сердечно-сосудистые, эндокринологические заболевания и лица, нуждающиеся в диализе. Однако вынуждены не согласиться с законностью введенной нормы, в связи с тем, что перечисленный перечень заболеваний совершенно новый и, видимо, подготовлен «на скорую руку», так как не включает, например, орфанные диагнозы и высокочувствительные нозологии, для которых введение препаратов (заместительная терапия) в стационарах жизненно необходима.

Справедливо заметить, что по истечении месяца после вступления нормы в законную силу, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования подготовил разъяснения о том, что отсрочка плановых госпитализаций стационарного типа не распространяется на пациентов с состояниями и заболеваниями, которые могут повлечь угрозу их жизни и здоровью. Таким образом, Фонд расширил ограничительный перечень введенной нормы во избежание незаконных отказов от оказания медицинской помощи, но так как это было реализовано не в самом нормативно правовом акте, не будем исключать

¹⁶ Приказ Минздрава России от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73669697/> (дата обращения 11.06.2020)

возможность того, что еще некоторое время пациенты будут вынуждены столкнуться с такой проблемой.

Итак, можно констатировать, что лица, страдающие другими заболеваниями, выступают на данный момент одними из самых уязвимых категорий пациентов, и одна из основных функций органов государственной власти не только оперативно отреагировать на сложившуюся ситуацию стратегическими новеллами, но ввести их своевременно и взвешено, обеспечив единообразную практику применения. Предлагаем с целью формирования стандартизированных подходов, а также закрепления положений об оказании медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий дополнить правовое регулирование (Приказ Минздрава №198н) положениями об организации неотложной медицинской помощи в условиях стационара на дому для пациентов с тяжелыми заболеваниями.

Таким образом, действительная роль законодательных нововведений определяется не числом принятых новелл, а тем на сколько они готовы оказать реальное воздействие на правоприменительную среду и поддержать или даже защитить пациента. В настоящее время некоторые пациенты оказались в «ловушке». С одной стороны, они получили поддерживающие меры, с необходимостью введения которых сложно не согласиться даже в «мирное» время, не говоря уже о сложностях сложившейся эпидемиологической ситуации. Но в то же время, столкнулись с трудно-

стями их реализации и подверглись усиленному контролю вводимыми ограничениями, которые хоть и могут представляться обоснованными, но все же требуют большей детализации в рамках обеспечения прав и свобод человека и сохранения защищенности правового статуса пациента.

Не возникает сомнений, что государство в условиях пандемии вынуждено принимать ряд мер, направленных на ограничение прав и свобод человека и гражданина в целях достижения общественной пользы — защиты здоровья всего населения, что предусмотрено как на национальном, так и на наднациональном уровне законодательства. Общество вынуждено адаптироваться к сложившимся правовым реалиям, но только таким образом, чтобы сохранить за собой возможность реализации прав и свобод человека, а также их защиту.

Не менее важным остается вопрос поддержания баланса между частными (сохранение защищенности правового статуса) и публичными (предупреждение распространения инфекции) интересами, который выражается не только в соразмерности ограничений, но и в введении поддерживающих мер, особенно для наиболее пострадавших сторон: пациентского и медицинского сообществ. Для этого очень важным представляется не только оперативно реагировать на сложившиеся обстоятельства принимаемыми законопроектами, но и признавать проблемы, а также прогнозировать их дальнейшую реализацию.

Об авторе:

Посадкова Мария Владимировна — преподаватель кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; аспирант Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»; руководитель правовой службы Благотворительного фонда помощи детям и взрослым с нарушениями иммунитета «ПОДСОЛНУХ», Москва, mp@fondpodsolnuh.ru

Maria Vladimirovna Posadkova — Lecturer at the Department of Medical Law of the I.M. Sechenov First Moscow state medical University of the Ministry of health of the Russian Federation (Sechenov University); postgraduate student at the National Research University Higher School of Economics; Head of the Legal Department of the «PODSOLNUKH» («Sunflower») Charitable Foundation for Aid to Children and Adults with Immunity Disorders, Moscow

Для цитирования:

Посадкова М.В. Правовой статус пациентов во время пандемии covid-19 // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 20-26.

For citation:

Posadkova M.V. Legal status of patients during the covid-19 pandemic // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 20-26.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 23.06.2020 г.

Поспелова С.И.

НОВЕЛЛЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19

В статье исследуются новеллы уголовной ответственности, введенные в условиях распространения COVID-19. Анализируются специальные составы уголовных преступлений, впервые введенные в период пандемии: нарушение санитарно-эпидемиологических правил и распространение недостоверной информации. Проводится сравнительный анализ видов наказаний за их совершение до и после изменений. Приводятся примеры из следственной практики.

Выделены проблемы разграничения административной и уголовной ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил и распространение недостоверной информации о COVID-19. Рассмотрены подходы Верховного Суда к их квалификации.

Ключевые слова: пандемия, COVID-19, карантин, самоизоляция, недостоверная информация, уголовная ответственность, проблемы квалификации, преступление

Svetlana Pospelova

NOVELS OF CRIMINAL LIABILITY IN THE CONTEXT OF COVID-19

The article examines the novels of criminal liability introduced in the context of the spread of COVID-19. Special elements of criminal offenses, first introduced during a pandemic: violation of sanitary and epidemiological rules and dissemination of inaccurate information are analyzed. A comparative analysis of the types of punishments for their commission before and after the changes is carried out. Examples from investigative practice are given.

The problems of differentiating administrative and criminal liability for violation of sanitary and epidemiological rules and the dissemination of inaccurate information about COVID-19 are highlighted. The approaches of the Supreme Court to their qualification are considered.

Keywords: pandemic, COVID-19, quarantine, self-isolation, false information, criminal liability, qualification problems, crime

Введение

В России, как и во многих других странах мира, власти предприняли беспрецедентные шаги с целью предупреждения распространения COVID-19: во всех субъектах Российской Федерации были введены строгие ограничительные меры¹, а также разработаны новые механизмы административной и уголовной ответственности в условиях пандемии, направленные на уси-

ление наказаний за правонарушения, связанные с несоблюдением вновь установленных правил.

В средствах массовой информации появляются сведения о несоблюдении правил режима повышенной готовности², что свидетельствует о недостаточной социальной ответственности населения. Нарушение санитарно-эпидемиологиче-

1 Svetlana I. Pospelova, Natalia A. Kamenskaya, Maria V. Posadkova, Sergey V. Pospelov (2020) COVID-19 in Russia: novels of legal regulation of healthcare // Medicine and Law. 2020. №39 (2). P. 291-317.

2 Нарушения карантина, по которым в России возбуждали уголовные дела. <https://zakon-i-poryadok.com/2020/05/narusheniya-karantina-po-kotorym-v-rossii-vozbudili-ugolovnye-dela.html> (дата обращения: 16.06.2020)

ских правил в период пандемии чревато усложнением борьбы с распространением COVID-19.

С учетом сложившейся обстановки и опасности распространения инфекции депутатами Государственной Думы РФ был разработан и с 1 апреля 2020 вступил в силу федеральный закон³, предусматривающий усиление мер уголовной ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил (в том числе нарушение карантина и режима самоизоляции), а также введение ответственности за распространение заведомо недостоверной информации (в том числе связанной с пандемией коронавируса).

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил

До внесения изменений в Уголовном Кодексе РФ (далее — УК РФ)⁴ ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил была предусмотрена лишь в случае, когда такое нарушение повлекло по неосторожности массовое заболевание или отравление людей (ч. 1 ст. 236 УК РФ) или смерть человека (ч. 2 ст. 236 УК РФ).

Поскольку «массовость» является оценочным понятием, при решении вопроса об отнесении заболевания или отравления к массовому следует принимать во внимание не только количество заболевших или получивших отравление людей, но и тяжесть заболевания (отравления)⁵. Для определения масштабов заболевания или отравления суд

вправе привлечь соответствующих специалистов, например, представителей федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор или надзор в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека⁶.

Новый закон⁷ ввел уголовную ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, которое создало угрозу массового заболевания или отравления людей, с альтернативными наказаниями от штрафа в размере от 500 000 до 700 000 рублей до 2 лет лишения свободы (ч. 1 ст. 236 УК РФ)⁸.

Следует отметить, что уголовная ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, создавшее угрозу наступления таких последствий, может наступать только в случае реальности этой угрозы⁹, то есть когда массовое заболевание людей не произошло лишь в результате вовремя принятых органами власти, медицинскими работниками и другими лицами мер, направленных на предотвращение распространения заболевания, или в результате иных обстоятельств, не зависящих от воли лица, нарушившего указанные правила¹⁰.

Увеличен максимальный размер штрафа за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее за собой мас-

6 Там же.

7 Федеральный закон от 01.04.2020 №100-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статьи 31 и 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» (внесен депутатами ГД РФ В.В. Володиным, П.В. Крашенинниковым) // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 апреля 2020 г., №14 (часть I), ст. 2030.

8 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г., №25, ст. 2954.

9 Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №2 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 30 апреля 2020 г.) // URL: <https://internet.garant.ru/#/document/73972665/paragraph/82:5> (дата обращения: 18.06.2020)

10 Svetlana I. Pospelova, Natalia A. Kamenskaya, Maria V. Posadkova, Sergey V. Pospelov (2020) COVID-19 in Russia: novels of legal regulation of healthcare // Medicine and Law. 2020. №39 (2). P.291-317.

3 Федеральный закон от 01.04.2020 №100-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статьи 31 и 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» (внесен депутатами ГД РФ В.В. Володиным, П.В. Крашенинниковым) // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 апреля 2020 г., №14 (часть I), ст. 2030.

4 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г., №25, ст. 2954.

5 Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №2 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 30 апреля 2020 г.) // URL: <https://internet.garant.ru/#/document/73972665/paragraph/82:5> (дата обращения: 08.06.2020)

совое заболевание или отравление людей, почти в 9 раз — с 80 000 до 700 000 рублей, а также установлен минимальный размер штрафа в размере 500 000 рублей.

До внесения изменений ч. 1 ст. 236 УК РФ не предполагала наказания в виде реального лишения свободы, а предусматривала максимальное наказание лишь в виде ограничения свободы на срок до 1 года. Вместе с тем, наказание в виде реального лишения свободы по данной части рассматриваемой статьи должно быть редким явлением, поскольку в силу положений ч. 1 ст. 56 УК РФ его назначение осужденному, совершившему впервые преступление небольшой тяжести, возможно только при наличииотягчающих обстоятельств.

Для случаев, когда нарушение санитарно-эпидемиологических правил повлекло по неосторожности смерть человека поправками введен штраф в размере от 1 млн до 2 млн рублей либо ограничение свободы на срок от 2 до 4 лет, либо принудительные работы на срок от 3 до 5 лет, а максимальное наказание составит от 3 до 5 лет лишения свободы (ч. 2 ст. 236 УК РФ)¹¹. Статья дополнена 3-й частью, предусматривающей ответственность в случае смерти 2-х и более лиц с наказанием в виде принудительных работ на срок от 4 до 5 лет либо лишения свободы сроком от 5 до 7 лет (ч. 3 ст. 236 УК РФ)¹².

Очевидно, что рассматриваемые изменения усилили меры уголовной ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил в условиях распространения COVID-19, однако введенные санкции не выше, чем в других странах.

Например, в Италии за умышленное заражение других граждан коронавирусной инфекцией предусмотрено наказание в виде 12 лет лишения свободы, а за нарушение карантина грозит штраф 206 евро либо 3 месяца тюрьмы¹³. В Испании раз-

мер штрафа еще выше — от 600 до 30 тысяч евро штрафа, либо до 4-х лет тюрьмы¹⁴. Подобные меры приняты в Румынии (от 3-х до 15-ти лет тюрьмы), Молдавии (штраф до 10 тыс. рублей или до 7-ми лет тюрьмы), Сербии (до 12 лет лишения свободы), Аргентине (штраф 126 тыс. рублей или до 15 лет), Польше (штраф 94 тыс. рублей), Киргизии (штраф 329 тыс. рублей или лишение свободы до 5-ти лет), Сингапуре (6 месяцев тюрьмы одновременно со штрафом 552 тыс. рублей), на Мальте (штраф в размере 1,2 млн рублей)¹⁵. В Китае для нарушителей карантина предусмотрено до 3-х лет тюрьмы либо штраф «за сопротивление службам санэпиднадзора» — 5000 юаней (56 тысяч рублей)¹⁶. В Саудовской Аравии приезжих, исказивших информацию о своем здоровье, оштрафуют на 133 тыс. долларов (10 млн рублей)¹⁷.

Примерами описываемых преступных действий могут послужить следующие случаи, в которых уголовное дело было возбуждено по части 1 статьи 236 УК РФ.

Первое уголовное дело за нарушение требований карантина в условиях пандемии было возбуждено в Крыму в конце марта в отношении мужчины, не соблюдавшего режим самоизоляции и заразившего другого человека¹⁸. Также в Крыму возбудили дело против гражданина, который вернулся из-за рубежа и нарушил режим самоизоляции: он отправился в медицинский центр и в результате, по версии следствия, заразил осматривавшего его врача. Возбудить уголовное дело предложил сам глава республики¹⁹.

В другом случае вернувшийся из Швейцарии гражданин был предупрежден в

11 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г., №25, ст. 2954.

12 Там же.

13 Как в разных странах наказывают за нарушение карантина? // URL: <https://vz.ru/question/2020/3/20/1029910.html> (дата обращения: 08.06.2020)

14 Там же.

15 Там же.

16 Там же.

17 Там же.

18 Тюрьма или штраф от полумиллиона: кто попадет под статью УК о заражении // URL: <https://ria.ru/20200416/1570131328.html> (дата обращения: 08.06.2020)

19 Нарушения карантина, по которым в России возбудили уголовные дела // URL: <https://zakon-iporyadok.com/2020/05/narusheniya-karantina-pokotorym-v-rossii-vozbudili-ugolovnye-dela.html> (дата обращения: 08.06.2020)

аэропорту об обязанности не покидать квартиру в течение 2-х недель, но нарушил режим самоизоляции, вследствие чего по решению Роспотребнадзора его принудительно отправили в обсерватор для граждан с подозрением на коронавирус. Гражданин вылез из номера обсерватора через окно и сбежал. На следующий день его задержали дома и вернули в обсерватор²⁰.

По ч. 1 ст. 236 УК РФ полиция возбудила уголовное дело в отношении зараженного коронавирусом мужчины, который трижды сбежал из больницы. Больной передвигался по городу без средств индивидуальной защиты и общался с неопределенным количеством людей, что представляло угрозу массового заболевания²¹.

Уголовное дело было возбуждено в отношении мужчины, которому Роспотребнадзор выдал предписание о соблюдении карантина после того, как он общался с человеком с подтвержденным коронавирусом. Несмотря на это, мужчина на самолете отправился из Перми в Санкт-Петербург, где его задержали в аэропорту и отправили в обсерватор²².

Другое уголовное дело возбудили в отношении мужчины, который вернулся из-за границы и почувствовал себя плохо, но не стал обращаться за медицинской помощью и продолжил ходить на работу и контактировать с большим количеством людей. В результате у него подтвердился коронавирус²³.

В Чувашии возбудили уголовное дело против жительницы Чебоксар, которая сдала анализы на коронавирус в Москве и, не дожидаясь результатов, уехала домой на междугородном автобусе. В последствии результат теста оказался положительным. Инфицированная женщина сама позволила в скорую помощь, после чего ее госпитализировали. По версии полиции, ее

действия могли привести к массовому заражению²⁴.

Отдельный интерес для уголовно-правовой оценки представляют случаи, когда граждане, желая избежать режима самоизоляции, возвращаются в Россию из эпидемиологически неблагоприятных стран через разрешенные к посещению страны (например, едут из Испании сначала в Минск, а затем — в Москву). Возникает вопрос о возможности привлечения таких граждан к уголовной ответственности в случаях, если они по приезду создадут реальную угрозу или заразят людей COVID-19. Формально в составе такого преступления нет нарушения санитарно-эпидемиологических правил, поскольку они пребывают в Россию из разрешенной для свободного посещения страны. Но реально они совершают общественно-опасные действия и должны быть подвергнуты справедливому наказанию. Полагаем, что уголовная ответственность может исключаться только в случаях соблюдения такими путешественниками 2-х недельной самоизоляции в стране-транзите. Окончательно на этот вопрос смогут ответить разъяснения Верховного Суда и судебная практика.

Дело о массовом заражении мигрантов

Одним из первых резонансных дел в период пандемии стало уголовное дело о массовом заражении 123 мигрантов новой коронавирусной инфекцией в хостеле в деревне Новосергиевка Ленинградской области.

Сотрудники Роспотребнадзора провели проверку по предупреждению распространения COVID-19 в одном из жилых домов в Ленинградской области, где проживали трудовые мигранты. По результатам проверки нескольким лицам было выдано предписание о необходимости соблюдения карантинных мероприятий в виде самоизоляции, а юридическому лицу, у которого в субаренде находилось жилое здание, — предписание об организации санитар-

20 Нарушения карантина, по которым в России возбудили уголовные дела // URL: <https://zakon-i-poryadok.com/2020/05/narusheniya-karantina-pokotorym-v-rossii-vozbudili-ugolovnye-dela.html> (дата обращения: 06.06.2020)

21 Там же.

22 Там же.

23 Там же.

24 Тюрьма или штраф от полумиллиона: кто попадет под статью УК о заражении // URL: <https://ria.ru/20200416/1570131328.html> (дата обращения: 08.06.2020)

но-эпидемиологических мероприятий, направленных на предотвращение распространения инфекции²⁵.

Однако субарендатор надлежащие меры не предпринял, что повлекло выявление иных случаев заражения COVID-19 у жителей указанного дома. Всего на его территории находились 472 человека, из них, по последним данным правоохранительных органов, заразились 123 человека²⁶.

По данному факту было возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 236 УК РФ «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил», подозреваемым в совершении преступления стал собственник здания²⁷, который сдавал его в аренду ООО «Вектор», которое в свою очередь на правах субаренды — строительной компании «Эста Констракшен», которая и поселила там строителей²⁸.

Хостел закрыли, а из-за большого числа людей, контактировавших с заразившимися, было принято решение организовать палаточный госпиталь в границах населенного пункта рядом с хостелом, чтобы локализовать очаг²⁹. На выезде из него организован специальный дезинфекционный барьер, чтобы медики и правоохранители могли обеззаразить обувь и колеса машин³⁰.

После этого случая в Ленинградской области проводятся массовые проверки хостелов и общежитий для мигрантов. Особое внимание власти уделяют местам, где про-

живают рабочие, занятые на стройках³¹. К сожалению, хостелы для трудовых мигрантов не редко становятся очагами распространения инфекционных заболеваний как по причине нарушения санитарных норм проживания, так и из-за страха иностранных граждан обратиться за медицинской помощью в силу правовой неграмотности, а в случае нелегального пребывания и работы в России — возможности быть обнаруженным.

Особенности уголовной ответственности должностных лиц

Наибольший общественный резонанс вызывают случаи нарушения ограничительных мер должностными лицами. Полагаем, что данная категория лиц, в силу своего должностного положения, должна нести повышенную ответственность перед обществом.

Так, в Ставрополе Следственное управление Следственного комитета России по Ставропольскому краю возбудили уголовное дело в отношении Ирины Санниковой — главного внештатного специалиста по инфекционным болезням министерства здравоохранения Ставропольского края, профессора кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии Ставропольского государственного медицинского университета, из-за того, что она нарушила режима самоизоляции для профилактики распространения коронавирусной инфекции³². Уголовное дело было возбуждено по признакам преступлений, предусмотренных ст. 237 УК РФ «Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей» и ст. 293 УК РФ «Халатность».

Как следует из материалов дела, Ирина Санникова скрыла от руководства университета и Минздрава, что в начале марта посещала Испанию и тем самым нарушила универ-

25 ТАСС: «В Ленобласти задержан владелец здания хостела, где коронавирусом заразились 123 человека» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1457120/> (дата обращения: 08.06.2020)

26 Там же.

27 Там же.

28 Впервые: задержан хозяин хостела в Новосергиевке, где COVID-19 нашли у 123 мигрантов // URL: <https://47news.ru/articles/172983/> (дата обращения: 08.06.2020)

29 ТАСС: «В Ленобласти задержан владелец здания хостела, где коронавирусом заразились 123 человека» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1457120/> (дата обращения: 08.06.2020)

30 Впервые: задержан хозяин хостела в Новосергиевке, где COVID-19 нашли у 123 мигрантов // URL: <https://47news.ru/articles/172983/> (дата обращения: 08.06.2020)

31 Мигранты стали заложниками коронавируса. Почему хостелы для рабочих часто становятся очагами распространения заболеваний // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4324021> (дата обращения: 08.06.2020)

32 Коммерсантъ: «Ставропольского врача протестировали на халатность» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1451337/> (дата обращения: 07.06.2020)

ситетский приказ, согласно которому, она, как сотрудник вуза, должна была сообщить о своей поездке руководству. Вернувшись из поездки, она не ушла на двухнедельную самоизоляцию, читала лекции в университете, общалась с кафедральными коллегами, участвовала в конференции, а спустя несколько дней в связи с ухудшением самочувствия была госпитализирована в больницу, где у нее диагностировали COVID-19³³.

Экспресс-тесты выявили возможное наличие вируса у 11 коллег Санниковой, с которыми она контактировала. Еще более 300 человек находятся на самоизоляции³⁴. Всего после этого случая проверили около 1200 человек, с которыми она могла контактировать³⁵. В медицинской академии, где она преподает, ввели карантин³⁶, также на карантин пришлось отправить некоторых сотрудников Минздрава региона, так как до этого эта врач была на публичном мероприятии, проводимом министерством³⁷.

Главный внештатный инфекционист Ставрополя Ирина Санникова потеряла свою должность³⁸. По уголовному делу проводится комплекс следственных действий, направленных на установление всех обстоятельств совершенных деяний и лиц, подлежащих привлечению в качестве обвиняемых. Расследование уголовного дела продолжается³⁹.

33 Коммерсантъ: «Ставропольского врача протестировали на халатность» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1451337/> (дата обращения: 07.06.2020)

34 Там же.

35 Ставропольский врач с коронавирусом стала фигуранткой дела о халатности // URL: <https://www.interfax.ru/russia/700500> (дата обращения: 07.06.2020)

36 Главного инфекциониста Ставрополя заподозрили в нарушении карантина по коронавирусу // URL: <https://vz.ru/news/2020/3/21/1030066.html> (дата обращения: 07.06.2020)

37 Ставропольский врач с коронавирусом стала фигуранткой дела о халатности // URL: <https://www.interfax.ru/russia/700500> (дата обращения: 07.06.2020)

38 Главный инфекционист Ставрополя уволена // URL: <https://www.vesti.ru/article/2130872> (дата обращения: 07.06.2020)

39 В Ставрополе следователи СКР возбудили уголовное дело о нарушении режима самоизоляции в целях профилактики распространения коронавирусной инфекции COVID-19 // URL: <https://stavropol.sledcom.ru/news/item/1451135/> (дата обращения: 08.06.2020)

Вместе с тем, по мнению некоторых адвокатов, в ее действиях нет состава преступления, поскольку Санникова не была должностным лицом, которое можно привлечь к уголовной ответственности: врач была внештатным сотрудником по инфекционным болезням в Минздраве Ставропольского края, преподавательская деятельность также не делает ее должностным лицом. Единственное, к чему могут привлечь врача — это к дисциплинарной ответственности, потому что она нарушила приказ своего руководства, не уведомив о своей поездке за границу⁴⁰.

Бывший главный санитарный врач России, депутат Государственной Думы РФ Геннадий Онищенко привел следующие аргументы в защиту Ирины Санниковой: она долгое время работает инфекционистом, поэтому у нее «притупилась бдительность». Он предположил, что женщине показалось, что ее не берет ни одна инфекция. Депутат считает, что заводить дело уголовное против инфекциониста не нужно⁴¹.

Публичное распространение заведомо ложной информации о COVID-19

Сегодня в публичном пространстве тема коронавируса является наиболее обсуждаемой. Официальная статистика о количестве заболевших и умерших от COVID-19 ежедневно обновляется на официальном ресурсе Правительства РФ — «СТОПКОРОНАВИРУС.РФ»⁴². Также Росздравнадзор обнародовал последние данные по состоянию на 18 июня о количестве медиков, погибших из-за коронавируса в России: всего погибло более 7,5

40 Юристы разъяснили дело заразившегося инфекциониста Санниковой: «Нет состава преступления» // URL: <https://www.mk.ru/social/2020/03/22/yuristy-razyasnili-delo-zarazivshegosya-infekcionista-sannikovoy-net-sostava-prestupleniya.html> (дата обращения: 08.06.2020)

41 Онищенко вступился за инфекциониста, скрывающую поездку в Испанию // URL: <https://vz.ru/news/2020/3/21/1030081.html> (дата обращения: 08.06.2020)

42 Официальная информация о борьбе с распространением коронавирусной инфекции в Российской Федерации // URL: <https://t.me/stopcoronavirusrussia> (дата обращения: 08.06.2020)

тысяч человек, из них 489 — медицинские работники⁴³.

Однако некоторые лица, зачастую умышленно, тиражируют недостоверные сведения, что это негативно влияет на граждан и создает панические настроения⁴⁴. По данным Генпрокуратуры, недостоверные сообщения касаются как завышения, так и занижения числа жертв коронавируса, некоторые из них содержат призывы к игнорированию режима самоизоляции⁴⁵.

Федеральный закон о поправках, вступивший в силу с 1 апреля 2020⁴⁶, ввел в УК РФ две новые статьи (ст. 207.1 УК РФ и ст. 207.2 УК РФ), предусматривающие уголовную ответственность за распространение ложной информации, в том числе о COVID-19.

Статьей 207.1 УК РФ введена уголовная ответственность за публичное распространение под видом достоверных сообщений заведомо ложной информации об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан, и о принимаемых в связи с этим мерах по обеспечению безопасности населения и территорий. Предусмотрено наказание в виде штрафа в размере от 300 тысяч до 700 тысяч рублей до ограничения свободы на срок до 3 лет.

В случае если такие действия повлекли тяжкие последствия:

- вред здоровью (ч. 1 ст. 207.2 УК РФ — наказание от штрафа в размере от 700 000 до 1 млн. 500 000 рублей до лишения свободы на срок до 3-х лет),

43 Росздравнадзор раскрыл данные о количестве медиков, погибших из-за коронавируса в России // URL: <https://www.kp.ru/daily/27144/4238249/> (дата обращения: 08.06.2020)

44 Интервью Председателя Следственного комитета Российской Федерации Александра Бастрыкина «Российской газете» // URL: <http://sledcom.ru/press/interview/item/1453205/> (дата обращения: 08.06.2020)

45 Коммерсант: «СКР возбудил дело из-за фейка о том, что коронавирус был создан в России» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1454277/> (дата обращения: 08.06.2020)

46 Федеральный закон от 01.04.2020 №100-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статьи 31 и 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» (внесен депутатами ГД РФ В.В. Володиным, П.В. Крашенинниковым) // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 апреля 2020 г., №14 (часть I), ст. 2030.

- смерть человека или иные тяжкие последствия (ч. 2 ст. 207.2 УК РФ — наказание от штрафа в размере от 1 млн. 500 000 до 2 млн. рублей до лишения свободы на срок до 5-и лет).

Обстоятельствами, представляющими угрозу жизни и безопасности граждан, в данной статье признаются чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, чрезвычайные экологические ситуации, в том числе эпидемии (например, пандемия COVID-19), эпизоотии и иные обстоятельства, возникшие в результате аварий, опасных природных явлений, катастроф, стихийных и иных бедствий, повлекшие (могущие повлечь) человеческие жертвы, нанесение ущерба здоровью людей и окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности населения⁴⁷.

Одним из обязательных условий наступления ответственности по указанным статьям УК РФ является распространение заведомо ложной информации под видом достоверной. О придании ложной информации вида достоверной могут свидетельствовать, например, формы, способы ее изложения (ссылки на компетентные источники, высказывания публичных лиц и пр.), использование поддельных документов, видео- и аудиозаписей либо документов и записей, имеющих отношение к другим событиям. При этом под заведомо ложной информацией понимается такая информация, которая изначально не соответствует действительности, о чем было достоверно известно лицу, ее распространявшему⁴⁸.

Размещение лицом контента, созданного им самим или другим лицом (репост),

47 Примечание к ст.207.1 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г., №25, ст. 2954.

48 Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №2 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 30 апреля 2020 г.) // URL: <https://internet.garant.ru/#/document/73972665/paragraph/82:5> (дата обращения: 08.06.2020)

может быть квалифицировано по данным статьям только в случаях, когда установлено, что лицо действовало с прямым умыслом: сознавало, что размещенная им под видом достоверной информация является ложной, и имело цель довести эту информацию до сведения других лиц. Таким образом, «осторожный» репост (с оговоркой об отсутствии доказательств и необходимости проверить информацию), скорее всего, снижает риски уголовного преследования по данным статьям УК РФ⁴⁹.

Для привлечения к уголовной ответственности необходимо доказать, что распространение заведомо ложной информации было публичным, с учетом места, способа, обстановки и других обстоятельств. Публичность может проявляться в использовании для этого средств массовой информации, информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе мессенджеров (WhatsApp, Viber, Telegram и других), в массовой рассылке СМС и PUSH-сообщений абонентам мобильной связи, распространении такой информации путем выступления на собрании, распространения листовок, вывешивания плакатов и т.п.

По решению Председателя Следственного Комитета России (далее — СКР) Александра Бастрыкина в ведомстве создана рабочая группа по предупреждению распространения среди населения ложной информации о ситуации с COVID-19 в России. Ее деятельность направлена на выявление фактов распространения, в том числе в сети Интернет и мессенджерах, заведомо ложной и непроверенной информации о количестве заболевших COVID-19) в России, а также иных недостоверных сведений, способствующих паническим настроениям⁵⁰. Ранее удалить ложную информацию о COVID-19 из СМИ и соцсетей требовали в Роскомнадзоре и Генеральной прокура-

туре⁵¹. Кроме того, в конце марта в России появился специальный координационный центр, который выявляет и опровергает любые фейковые сведения о коронавирусе в стране⁵².

В ряде субъектов Российской Федерации уже возбуждены уголовные дела за распространение фейков о коронавирусе. Так, в Главном следственном управлении СКР были возбуждены 3 уголовных дела по ст. 207.1 УК РФ. Правоохранительными органами установлено, что в сети Интернет размещены публикации о массовом заражении российских военнослужащих на военных базах в Сирии, а также о якобы принятом решении органов власти о продлении срока самоизоляции до 12 месяцев и введении пропускного режима в городе Москве⁵³.

Другое уголовное дело возбуждено за распространение ложной информации в соцсетях о том, что коронавирус COVID-19 якобы был создан в России: один из пользователей Twitter разместил видео, в котором утверждал, что COVID-19 якобы был создан в государственном научном центре «Вектор», а позже путем взрыва умышленно распространен на территории России и Китая⁵⁴.

В Москве обвинение в публичном распространении заведомо ложной информации предъявлено мужчине, который используя одну из социальных сетей, а также один из видео-хостингов, распространил под видом достоверной информации видеоролик о том, что COVID-19 в действительности является «болезнью Фейгельсона-Якобсона», существование которой

49 Ответственность за репост фейков и за «санитарные» нарушения с тяжкими последствиями: изучаем новый обзор ВС // URL: <http://www.garant.ru/news/1373404/#ixzz6MhEiFzuL> (дата обращения: 08.06.2020)

50 В СК России создана рабочая группа по противодействию распространению ложной информации о коронавирусной инфекции // URL: <http://sledcom.ru/news/item/1451926/> (дата обращения: 08.06.2020)

51 Коммерсантъ: «СКР создал рабочую группу для выявления фейков о коронавирусе» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1452187/> (дата обращения: 08.06.2020)

52 Известия: «СК возбудил три новых уголовных дела о фейках про коронавирус» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1454868/> (дата обращения: 08.06.2020)

53 В СК России возбуждены еще три уголовных дела по фактам распространения ложной информации о коронавирусной инфекции // URL: <https://sledcom.ru/news/item/1454723/> (дата обращения: 08.06.2020)

54 Коммерсантъ: «СКР возбудил дело из-за фейка о том, что коронавирус был создан в России» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1454277/> (дата обращения: 08.06.2020)

скрывается. Также в сети им был размещён видеоролик, в котором содержится заведомо ложная информация о том, что под видом борьбы с коронавирусной инфекцией производится массовое изъятие у здоровых людей внутренних органов и их последующая продажа для трансплантации⁵⁵. Другое уголовное дело возбуждено в отношении 41-летней женщины — модератора общедоступной группы в социальной сети. С целью привлечения внимания общественности и новых подписчиков женщина разместила ложную информацию о том, что из московского обсервационного центра⁵⁶ по ночам вывозят трупы людей, скончавшихся из-за COVID-19⁵⁷.

В Республике Татарстан возбуждено уголовное дело по факту распространения в социальных сетях не соответствующей действительности информации о том, что в Высокогорской центральной районной больнице произошла вспышка заболевания коронавирусом, в связи с чем госпитализирована половина медперсонала учреждения⁵⁸.

Заключение

Подводя итоги, можно сделать вывод об усилении мер уголовной ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил. При этом введенные в России санкции не превышают размер наказаний, применяемых в других странах мира.

Новеллы УК РФ имеют важное профилактическое значение — они должны

способствовать повышению социальной ответственности лиц, которые могут являться или являются носителями заболеваний, представляющих опасность для окружающих (в том числе коронавирусной инфекции) и обеспечить должную защиту здоровья граждан от угрозы их распространения.

Полагаем, что внесенные изменения в условиях распространения новой коронавирусной инфекции должны «оживить» некогда крайне редко применяемую статью 236 УК РФ.

Вместе с тем, при их применении могут возникнуть некоторые проблемы отграничения уголовных преступлений от схожих по составу административных правонарушений.

Для унификации правоприменительной практики следует учитывать разъяснения Верховного суда Российской Федерации, который в своих Обзорах определил общие принципы разграничения административной и уголовной ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил и распространения недостоверной информации^{59, 60}:

— административная ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил наступает лишь в тех случаях, когда действия (бездействие) правонарушителя не содержат уголовно наказуемого деяния. В связи с тем, что за нарушение физическим лицом санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности смерть человека, предусмотрена уголовная ответственность, в случае насту-

55 В Москве мужчине предъявлено обвинение в публичном распространении заведомо ложной информации // URL: <http://sledcom.ru/news/item/1466453/> (дата обращения: 08.06.2020)

56 Данный центр предназначен для оказания помощи людям, нуждающимся в изоляции — здоровым людям, вынужденным уйти на самоизоляцию из-за контакта с заболевшими // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1466749/> (дата обращения: 08.06.2020)

57 Известия: «В Москве нашли автора фейка о вывозе трупов из обсерватора в Москве» // URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1466749/> (дата обращения: 08.06.2020)

58 В Республике Татарстан возбуждено уголовное дело по факту распространения фейковой информации о заболевании коронавирусом // URL: <http://sledcom.ru/news/item/1455246/> (дата обращения: 08.06.2020)

59 Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №1 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 21 апреля 2020 г.) // URL: <https://internet.garant.ru/#/document/73924465/paragraph/102:0> (дата обращения: 08.06.2020)

60 Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №2 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 30 апреля 2020 г.) // URL: <https://internet.garant.ru/#/document/73972665/paragraph/82:5> (дата обращения: 08.06.2020)

пления последствий в виде смерти человека такое деяние следует квалифицировать по ч. 2 ст. 236 УК РФ. Если в результате таких действий (бездействия), наступили последствия в виде причинения вреда здоровью человека (одного человека или нескольких лиц), то содеянное полностью охватывается составом административного правонарушения при отсутствии признаков преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 236 УК РФ (не установлено наличие массового заболевания или отравления людей либо создание угрозы наступления таких последствий)⁶¹;

— разграничение административной и уголовной ответственности за распространения недостоверной информации следует проводить по субъекту правонару-

шения⁶². Административная ответственность за деяния, предусмотренные новыми нормами статьи 13.15 КоАП РФ, установлена только для юридических лиц. Граждане, в том числе должностные лица, руководители юридического лица, при наличии в их действиях состава преступления, могут быть привлечены к уголовной ответственности (ст. 207.1 и 207.2 УК РФ).

Единообразное применение законодательства, связанного с мерами по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции, позволит избегать нарушений прав и законных интересов граждан, должностных и юридических лиц и обеспечить справедливое и законное правосудие.

61 Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №2 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 30 апреля 2020 г.) // URL: <https://internet.garant.ru/#/document/73972665/paragraph/82:5> (дата обращения: 08.06.2020)

62 Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №1 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 21 апреля 2020 г.) // URL: <https://internet.garant.ru/#/document/73924465/paragraph/102:0> (дата обращения: 08.06.2020)

Об авторе:

Поспелова Светлана Игоревна — доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, Москва, [medpravo.pospelova@mail.ru](mailto:pospelova@mail.ru)

Svetlana Igorevna Pospelova — associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), PhD in Law, Moscow

© Поспелова С.И., 2020

Для цитирования:

Поспелова С.И. Новеллы уголовной ответственности в условиях распространения COVID-19 // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 27-36.

For citation:

Pospelova S.I. Novels of criminal liability in the context of COVID-19 // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 27-36.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 28.06.2020 г.

Старченко А.А.

ТИПИЧНЫЕ ДЕФЕКТЫ МЕДПОМОЩИ ПО ПОВОДУ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Целевой экспертизой летальных исходом коронавирусной инфекции установлены типичные дефекты оказания медпомощи, создающие риск прогрессирования имеющегося заболевания.: невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования; поздний перевод в отделение реанимации; несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии; невыполнение требований по полноте сочетания антибактериальных препаратов у пациента с факторами риска летального исхода пневмонии; ошибочность дозировок антибиотиков.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, система обязательного медицинского страхования, коронавирусная инфекция, внебольничная пневмония, дефекты оказания медицинской помощи

Alexey Starchenko

TYPICAL DEFECTS IN MEDICAL CARE FOR FATAL CORONAVIRUS INFECTION

A targeted examination of the fatal outcome of coronavirus infection has established typical defects in the provision of medical care that create a risk of progression of the existing disease: failure to monitor the necessary indicators that may indicate the presence of organ dysfunction, decompensation of comorbidities and the development of complications have a certain prognostic significance, have an influence on the choice of drugs and/or their dosing regimen; late transfer to the intensive care unit; untimely late initiation of antibiotic therapy; failure to meet requirements for completeness of combination of antibacterial drugs in a patient with risk factors of pneumonia fatality; erroneous antibiotic dosages.

Keywords: examination of quality of medical care, compulsory medical insurance system, coronavirus infection, community-acquired pneumonia, defects of medical care

На состоявшейся 29.05.20 г. онлайн-конференции БФ «Система» «COVID-19. Что мы знаем и как действовать дальше» реаниматологи госпиталей, перепрофилированных под прием пациентов с коронавирусной инфекцией составили перечень основных ошибок в терапии пациентам с тяжелыми формами коронавирусной инфекции: чрезмерное использование антибиотиков, повышающее риск развития суперинфекций, незамеченное динамическое перераздува-

ние легких, не назначенная своевременно антицитокиновая терапия, открыт вопрос о времени отмены антибиотиков и назначения антицитокиновой терапии: на 7-8 сутки, когда криз только начинается, или когда он находится в развернутой фазе.

Федеральный фонд ОМС письмом от 08.04.20 г. №4654/30-1/и предписал страховым медицинским организациям (СМО) системы ОМС исполнить поручение Министра здравоохранения РФ от 02.03.20 г. №37

о проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции с летальным исходом.

В настоящее время внебольничная пневмония (ВП) является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. Согласно данным ВОЗ по состоянию на 2015 г., заболевания органов дыхания находятся на четвертом месте среди причин смерти и обуславливают 3,19 млн. смертей в год (WHO, 2017).

В основу целевой экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции с летальным исходом положен п. 6 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (Порядок), утв. Приказом ФОМС от 28.02.19 г. №36: «Целью контроля является предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

- несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая, с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;
- невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций (КР), с учетом стандартов медицинской помощи».

ЭКМП проводилась с мультидисциплинарным подходом с привлечением экспертов по специальностям: инфекционные болезни, пульмонология, анестезиология и реаниматология, терапия.

В соответствии с п. 10б Порядка эксперт КМП при проведении экспертизы качества медицинской помощи предоставляет сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках оказа-

ния медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи [1, 2]:

1. Критерии оценки качества медицинской помощи, утв. Приказом МЗ РФ от 10.05.2017 г. №203н;
2. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых» Российского респираторного общества (РРО), Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ);
3. Письмо МЗ РФ от 06.03.2020 г. №30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями (разработан главным внештатным специалистом пульмонологом МЗ РФ профессором С.Н. Авдеевым);
4. Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»;
5. Российские национальные рекомендации «Нозокомиальная пневмония у взрослых» Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, Федерации анестезиологов и реаниматологов (ФАР), РРО, МАКМАХ, Российского общества патологоанатомов;
6. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи НацМедПалаты.

Формулирование выявленных дефектов осуществлялось экспертом КМП в соответствии:

а) с пунктом 85 Порядка: «Нарушения при оказании медицинской помощи: 3) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое

при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица»;

б) с приложением 8 — Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к Порядку.

Среди выявленных дефектов наиболее часто встречались следующие:

I. В раздел «Диагноз (формулировка, содержание, время постановки). Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе» Экспертного заключения (протокол оценки качества медицинской помощи) вносятся дефекты:

1. Отсутствие направления трупа на патологоанатомическое исследование требует формулирования в Акте ЭКМП кода дефекта: «3.п. Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством». Статья 67 Закона РФ №323-ФЗ предписывает обязательность патолого-анатомического вскрытия трупа при наличии инфекционного заболевания — пневмония: «3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патологоанатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев: 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; 5) смерти: б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него».

В соответствии с требованиями Клинических рекомендаций «Внебольничная пневмония» пневмония отнесена к инфекционным заболеваниям: «1.1. Определение. Пневмонии — группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением

респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриаальвеолярной экссудацией».

2. Отсутствие формулировки в заключительном клиническом диагнозе внутрибольничной (госпитальной) пневмонии, как внутрибольничной инфекции, что определено КР «Внебольничная пневмония у взрослых» и «Нозокомиальная пневмония у взрослых»: «Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) пневмония (НП) — пневмония, развивающаяся через 48 ч. и более после госпитализации в стационар». Внутрибольничное заражение вирусной или бактериальной, или микст-пневмонией является дефектом оказания медицинской помощи по коду «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к возникновению нового заболевания» — внутрибольничной (госпитальной) пневмонии.

II. В раздел «Сбор информации (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум). Обоснование негативных последствий нарушений в сборе информации» Экспертного заключения (протокол оценки качества медицинской помощи) вносятся дефекты:

1. Не выполнение требований Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»:

1.1. Отсутствие результатов мониторинга исследования газов артериальной крови с определением PaO_2 , $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата у пациентов с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) при SpO_2 менее 90% по данным пульсоксиметрии.

1.2. Отсутствие анализа суточного водного баланса в дневниках реаниматолога («У пациентов в тяжелом состоянии при наличии показаний инфузионная терапия проводится исходя из расчетов 5-6-8 мл/кг/ч с обязательным контролем диуреза и оценкой распределения жидкости. Необходимо обеспечить достаточное количество

жидкости при отсутствии противопоказаний и снижении диуреза (5-6 мл/кг/ч)).

1.3. Отсутствие ведения учета почасового диуреза.

2. Не выполнение требований письма МЗ РФ от 03.03.2020 г. №30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями»:

2.1. ведения мониторинга SpO_2 ежечасно — отсутствует в протоколах реаниматолога;

2.2. выполнения анализа КОС и газов артериальной крови, гликемии — 4 раза в сутки (артериальная кровь минимум раз в сутки);

2.3. выполнения биохимического анализа крови (общий белок, альбумин (уровень альбумина менее 36 г/л является независимым предиктором легочных осложнений), креатинин, мочевины, общий билирубин, АСТ, АЛТ), коагулограмма (фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, МНО, протромбиновый индекс) — ежедневно;

2.4. выполнения рентгенографии органов грудной клетки/КТ органов грудной клетки; при тяжелом течении — ежедневно;

2.5. выполнения микробиологического анализа (посев) крови, отделяемого дыхательных путей (мокрота, трахеальный аспират) с определением чувствительности к антибиотикам;

2.6. выполнения коагулограммы с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ;

2.7. оценки насыщения крови кислородом SpO_2 в обязательном порядке фиксируется в медицинской документации, в том числе при первичном осмотре;

2.8. выполнения требования «Показания для вызова врача анестезиолога-реаниматолога: — SpO_2 (на воздухе) < 90%».

3. Не выполнение требований КР «Нозокомиальная пневмония у взрослых»: «Микробиологическая диагностика нозокомиальной пневмонии (НП). Крайне важным является установление этиологии НП. Программа микробиологической диагностики включает исследование биологического материала из дыхательных путей, крови и, при наличии плеврита, плевральной жидкости. Микробиологическое исследование

крови является необходимым при обследовании пациента с подозрением на НП. До начала антибактериальной терапии целесообразно взять два образца венозной крови из двух разных вен».

4. Не выполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых» «2.3. Лабораторная диагностика. Госпитализированным больным ВП рекомендуется: Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). При наличии острой ДН с SpO_2 < 90% по данным пульсоксиметрии и во всех случаях тяжелой пневмонии рекомендуется: исследование газов артериальной крови с определением PaO_2 , $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата. Как правило, отсутствует измерение уровня альбумина, электролитов, газового состава артериальной крови и лактата».

Таким образом, эксперт констатирует невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания, что соответствует формулированию кода дефекта «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания» или его осложнений, например:

а) отсутствие анализа физиологических показателей, отклонения которых указывают на наличие органной дисфункции, декомпенсацию и развитие осложнений, имеет риск несвоевременной диагностики угрожающих жизни состояний, прогностическое значение и значение при выборе лекарственных средств и режима их дозирования;

б) отсутствие мониторинга коагулограммы препятствует своевременной диагностике и началу интенсивной терапии ДВС-синдрома и ОРДС;

в) отсутствие мониторинга и контроля КОС и газового состава артериальной крови и функции легких препятствует своевременному переводу в ОРИТ.

III. В раздел «Оказание медицинской помощи (в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий. Обоснование негативных последствий нарушений в лечении» вносят следующие дефекты:

1. Несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии у больных с тяжелой внебольничной пневмонией. Введение антибиотика при тяжелой пневмонии является оказанием медицинской помощи в неотложной форме в соответствии с нормой ст. 32 Закона РФ №323-ФЗ, т.к. тяжелое течение внебольничной пневмонии сопряжено с неявной угрозой жизни и здоровью пациента, что требует такового введения антибиотиков не позднее 2 часов с момента поступления пациента. Признаки начала септического шока требуют начала антибактериальной терапии в экстренной форме, т.е. безотлагательно, т.к. в соответствии с п. 6.2.1 приказа МЗ и СР РФ от 24.04.2008 №194н шок представляет собой расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью — угрожающее жизни состояние.

Раздел Критерия оценки качества КР «Внебольничная пневмония у взрослых» содержит критерий: «Выполнено назначение системных АБП в течение 4 ч. с момента установления диагноза (1 ч. — при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком)» [3].

КР «Нозокомиальная пневмония у взрослых» предусмотрено: «Резюме рекомендаций по антимикробной терапии нозокомиальной пневмонии. При подозрении на нозокомиальную пневмонию следует немедленно начать адекватную эмпирическую антибактериальную терапию, так как отсрочка в назначении адекватного лечения сопровождается ухудшением прогноза».

Таким образом, констатируется невыполнение Критерия оценки качества Клинических рекомендаций «Внебольничная

пневмония у взрослых»: «Выполнено назначение системных АБП в течение 4 ч с момента установления диагноза (1 ч. — при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком), требующее формулировки код дефекта «3.2.3. Несвоевременное выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания» — внебольничной пневмонии.

2. Не выполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых» и письма МЗ РФ от 06.03.2020 г. №30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» о назначении пациенту необходимой схемы антибактериальной терапии с учетом наличия у него факторов риска летального исхода внебольничной пневмонии (факторы риска инфицирования *P. aeruginosa*, предшествующая антибактериальная терапия, тяжелые сопутствующие заболевания (ЗНО, ХОБЛ, инсулинпотребный СД, ХСН, ХБП, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение): «Пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем в/в+ ципрофлоксацин или левофлоксацин в/в или Пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем/циластатин в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или моксифлоксацин или левофлоксацин в/в +/- аминогликозид II-III поколения (гентамицин, амикацин, тобрамицин) в/в», что требует формулирования кода дефекта «3.2.3 — Невыполнение или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» отказом от назначения необходимой комбинации антибактериальных препаратов в соответствии с требованиями клинических рекомендаций при наличии у пациента факторов риска летального исхода внебольничной пневмонии.

3. Ошибочно низкая дозировка антибиотиков, создающая риск прогрессирования имеющегося заболевания, что предусмотрено кодом формулировки диагноза по МКБ-Х:

«Уб3.8 Ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур». Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония» устанавливают режим дозирования антибактериальных препаратов при нормальной функции печени и почек. Ошибочность дозирования антибиотиков требует формулирования кода диагноза «3.2.3. Ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» — создание риска прогрессирования пневмонии ошибочно низкой дозой антибактериального препарата.

4. Отсутствие назначения низкомолекулярных гепаринов в комплексном лечении ОРДС и ДВС синдромов в соответствии Разделом «Протокол ведения в АРО» Письма МЗ РФ от 06.03.2020 г. №30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» и КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: «3.4.4. Неантибактериальная терапия. Всем пациентам с тяжелой пневмонией показано назначение парентеральных антикоагулянтов», что требует формулирования кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений — ДВС-синдрома и тромбоэмболий», т.к. «при тяжелой ВП повышается риск системных тромбоэмболий. С целью профилактики на весь период ограниченной двигательной активности (постельный режим) рекомендуется назначение низкомолекулярных гепаринов или нефракционированного гепарина в профилактических дозах».

5. Невыполнение требования п. 4.7.1. Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» о переводе пациента в ОРИТ при показаниях SpO_2 менее 90%: «4.7.1. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности. Показания для перевода в ОРИТ (достаточно одного из критериев) —

начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей ОДН: — $SpO_2 < 90\%$ », что требует формулирования кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» отсутствием исследования сатурации, что препятствует своевременному переводу в ОРИТ.

6. Не выполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: «3.4.2. Респираторная поддержка. В случае умеренной гипоксемии (SpO_2 80-89%) при условии достаточного респираторного усилия больного, сохраненном сознании гипоксемию следует корректировать ингаляциями кислорода: начинают со средней скорости потока (5 л/мин), при необходимости увеличивая до 10-12 л/мин, чтобы обеспечить приемлемый уровень оксигенации крови», отсутствует объемная скорость подачи кислорода или она ниже 5 л/мин, что требует применения кода дефекта 3.2.3 — создание риска прогрессирования имеющегося заболевания несоблюдением режима кислородотерапии — 5 л/мин.

7. Отсутствие обоснования отказа от респираторной поддержки при помощи неинвазивной вентиляции легких и высокоскоростного назального потока, предусмотренных Временными методическими рекомендациями МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»: «Возможно начало респираторной поддержки у пациентов с ОРДС при помощи неинвазивной вентиляции при сохранении сознания, контакта с пациентом (см. клинические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких» (НИВЛ)). При низкой эффективности и/или плохой переносимости НИВЛ, альтернативной НИВЛ также может служить высокоскоростной назальный поток». Методические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких»:

«Рекомендация 1. У пациента с острой дыхательной недостаточностью, исходя из патофизиологии дыхательной недостаточ-

ности, технологии неинвазивной ИВЛ и данных исследований доказательной медицины, рекомендовано ее использование при следующих патологиях: гипоксемическая (паренхиматозная) острая дыхательная недостаточность (пневмония, ушиб легких, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) с развитием инфарктной пневмонии, состояние после резекции легкого) — пациенту рекомендуется кислородотерапия в сочетании с низким инспираторным давлением для разгрузки дыхательных мышц. ...

Рекомендация 9. У пациентов с острым респираторном дистресс-синдромом легкой и средней степени тяжести рекомендована НИВЛ как терапия первой линии с оценкой ее эффективности через 1 час, так как задержка интубации трахеи при неэффективности НИВЛ при ОРДС приводит к увеличению летальности. Метод позволяет избежать интубации трахеи у части пациентов с лёгким и умеренным ОРДС, успешное применение НИВЛ при ОРДС приводит к резкому снижению частоты нозокомиальной пневмонии и летальности».

В Заключение эксперта требуется формулирование кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений».

В Разделе «Заключение эксперта качества медицинской помощи» эксперт формулирует, что констатировано ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ №323-ФЗ:

- своевременность (например, несвоевременно позднее начало введения антибиотика);

- правильность выбора методов диагностики (отсутствует мониторинг требуемых показателей) и лечения (отсутствие необходимого сочетания антибиотиков у пациента с факторами риска летального исхода пневмонии, коррекции низкого уровня альбумина, назначения антикоагулянтов, неинвазивной вентиляции легких).

Таким образом, в результате целевой ЭКМП к наиболее значимым дефектам, повлиявшим на исход заболевания отнесены:

1. Невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органической дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания.
2. Несвоевременный вызов реаниматолога и перевод в отделение реанимации.
3. Несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии.
4. Невыполнение требований по полноте сочетания антибактериальных препаратов при пневмонии у пациента с факторами риска летального исхода.
5. Ошибочность дозировок антибиотиков, создающая риск прогрессирования имеющегося заболевания (МКБ-Х: Y63.8 Ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур).
6. Отказ в своевременном начале неинвазивной вентиляции легких.

Список литературы:

1. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для тематических экспертиз медицинской помощи с целью снижения смертности населения: М., 2017. Том 2. 184 с.
2. 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. 4 изд. М., 2019. 506 с.
3. Чучалин А.Г. Пневмонии 2020 // Московская медицина. 2020. Апрель. С. 12-13.

Об авторе:

Старченко Алексей Анатольевич — эксперт качества медицинской помощи, президент некоммерческого партнерства «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», профессор, доктор медицинских наук, Москва, medadvokat2@mail.ru

Alexey Anatol'yevich Starchenko — expert on the quality of medical care, President of the non-profit partnership «National Agency for patient safety and independent medical expertise», professor, PhD, Moscow

© Старченко А.А., 2020

Для цитирования:

Старченко А.А. Типичные дефекты медпомощи по поводу коронавирусной инфекции с летальным исходом // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (II). С. 37-44.

For citation:

Starchenko A.A. Typical defects in medical care for fatal coronavirus infection // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (II). P. 37-44.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 18.06.2020 г.

РАЗДЕЛ II.

ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Куранов В.Г.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА ВРАЧА НА ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КОНСТРУКЦИИ ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СООБЩЕНИЯ

В российском законодательстве отсутствует баланс между правовыми статусами врача и пациента. Так, право пациента на выбор медицинской организации и врача урегулировано детально, а право врача отказаться от наблюдения и лечения пациента оговорено буквально в одной статье закона, притом достаточно общими фразами. В статье автор анализирует реальные возможности медицинского работника отказаться от пациента, как с точки зрения законодательства, так и с позиций биоэтики. Обзор судебной практики позволяет сделать вывод, что реализация исследуемого права врача крайне сужено. Более того, в законодательстве не предусмотрен механизм осуществления такого права. Автор предлагает применять в данной ситуации механизм осуществления юридически значимого сообщения (как это предусмотрено в Гражданском кодексе Российской Федерации), все стадии которого должны быть урегулированы в локальном акте медицинской организации.

Ключевые слова: врач, пациент, право отказа от лечения пациента, юридически значимое сообщение, медицинская организация

Vladimir Kuranov

IMPLEMENTATION OF THE DOCTOR'S RIGHT TO REFUSE TO TREAT THE PATIENT THROUGH THE LEGALLY SIGNIFICANT MESSAGE CONSTRUCTION

In Russian legislation, there is no balance between the legal status of a doctor and a patient. So, the patient's right to choose medical organization and physician settled details and a doctor's right to refuse care and treatment of the patient stipulated literally in the same article of the law, moreover, enough generalities. In the article, the author analyzes the real possibilities of a medical worker to refuse a patient, both from the point of legal view and from the point of view of bioethics. The review of judicial practice allows us to conclude that the implementation of the studied right of a doctor is extremely narrowed. Moreover, the law does not provide a mechanism for the exercise of such a right. The author suggests applying in this situation a mechanism for implementing a legally significant message (as stipulated in the Civil code of the Russian Federation), all stages of which should be regulated in the local act of a medical organization.

Keywords: doctor, patient, right to refuse treatment of the patient, legally significant message, medical organization

Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ (далее — Закон об охране здоровья, Закон №323-ФЗ) достаточно подробно регламентирует право пациента на выбор врача при оказании медицинской помощи.

Согласно Приказу Минздравсоцразвития от 26.04.2012 г. №407н², возложение функций лечащего врача на врача соответствующей специальности осуществляется с учетом его согласия. Возникает вопрос, насколько врач имеет возможность отказаться от пациента. Подобная норма в законе об охране здоровья существует, она закреплена в статье 70. Но сначала мы остановимся на ограничениях, налагаемых на медицинских работников.

В части 2 статьи 11 Закона №323-ФЗ указано, что медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно, отказ в ее оказании не допускается. Сразу отметим, что данное законоположение возведено в ранг принципа охраны здоровья, значит, государство придает такой норме особое значение, рассматривая как один из краеугольных камней построения системы отечественного здравоохранения.

В экстренной форме медицинская помощь оказывается в случае угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний. Медицинская помощь в экстренной форме должна оказываться безотлагательно и бесплатно любой медицинской организацией вне зависимости от формы собственности. Более того, медицинские услуги оказываются бесплатно,

если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний (п. 21 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006)³.

Теперь обратимся к нормам закона, вроде бы позволяющим врачу отказаться пациента.

Так, в части 1 статьи 21 Закона №323-ФЗ указано, что пациент имеет право на выбор медицинской организации и выбор врача с учетом его (то есть врача) согласия. Но уже в следующей части статьи 21, регуливающей порядок выбора медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (то есть поликлиник), право выбора пациентом терапевта, педиатра или врача общей практики с наличием согласия самого медицинского работника уже никак не связано. Более того, складывающаяся судебная практика исходит из того, что в прикреплении к поликлинике пациенту в принципе нельзя отказать, в том числе и в связи с отказом врачей оказывать медицинскую помощь лицу, не проживающему на их участке.

В качестве примера можно привести Апелляционное определение Волгоградского областного суда от 19.02.2014 по делу №33-2095/2014⁴ и еще более свежее Апелляционное определение Самарского областного суда от 26.01.2016 №33-1002/2016⁵. Суть спора в обоих случаях заключалась в том, что пациенту было отказано в прикреплении к поликлинике, так как гражданин не

1 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 22.11.2011. (дата обращения 12.12.2019)

2 Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 №407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделений) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» // РГ. №127. 06.06.2012.

3 Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // РГ. №233, 10.10.2012.

4 Апелляционное определение Волгоградского областного суда от 19.02.2014 по делу №33-2095/2014. URL: https://www.audar-info.ru/na/article/view/type_id/7/doc_id/25057/ (дата обращения 12.12.2019)

5 Апелляционное определение Самарского областного суда от 26.01.2016 №33-1002/2016. URL: <https://e.zdravpravo.ru/npd-doc.aspx?npmid=98&npid=16266965> (дата обращения 12.12.2019)

проживал на территории обслуживания соответствующей медицинской организации. Отказы были мотивированы обязательностью соблюдения территориально-участкового принципа оказания первичной медико-санитарной помощи.

Суды первой инстанции вставляли на сторону лечебных учреждений и отказывали в удовлетворении исковых требований. Но вышестоящие суды занимали позицию пациентов и иски удовлетворяли, а первоначальные решения отменяли.

Во-первых, суды исходили из того, законом не предусмотрено получение согласия выбранного медицинского учреждения для прикрепления гражданина к учреждению.

Во-вторых, в апелляционных определениях подчеркивается, что территориально-участковый принцип прикрепления на медико-санитарное обслуживание к медицинскому учреждению не является обязательным.

Суды, поясняют, что территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях. Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан. В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.

В-третьих, суды делают вывод о том, что наличие согласия врача не является обяза-

тельным условием для прикрепления на медицинское обслуживание.

Самарским областным судом также отвергнут довод медицинской организации о том, что численность пациентов, закрепленных за каждым участковым терапевтом, превышает установленные нормативы.

Таким образом, принцип интересов пациента возведен в абсолют, хотя данная норма (статья 6 Закона №323-ФЗ) содержит закрытый перечень прав пациента и не предусматривает, что пациент имеет возможность диктовать лечебному учреждению свою волю относительно выбора конкретного врача для оказания медицинской помощи.

Лишая врача возможности выразить свое несогласие на прикрепление пациента, законодатель все же предоставляет медицинскому работнику отказаться от ведения пациента уже в процессе лечения. Отметим, что указанная норма (ст. 70 Закона об охране здоровья базируется на нормах международного права). Так, в п. 51 Рекомендации Международной организации труда №69 «О медицинском обслуживании» (Филадельфия, 12 мая 1944 г.)⁶ закреплено право врача по общим болезням или зубного врача право принимать в число своих пациентов или отказывать в этом.

Часть 3 статьи 70 Закона об охране здоровья устанавливает, что лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения. Следовательно, решение врача отказаться от ведения пациента должно быть согласовано с руководителем. Подобная норма представляется оправданной, поскольку медицинская организация в целом не вправе отказать гражданину в оказании медицинской помощи.

6 Рекомендация №69 Международной организации труда «О медицинском обслуживании» (Принята в г. Филадельфии 12.05.1944 на 26-ой сессии Генеральной конференции МОТ) // Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919-1956. Т. I. Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 616-633.

Возникает вопрос, по каким основаниям врач вправе отказаться от наблюдения и лечения пациента. Действующая норма об этом умалчивает. Однако в ранее действовавших Основах 1993 г. (ст. 58)⁷ отказ врача от пациента был обусловлен несоблюдением пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения. Салыгина Е.С. отмечает, что прежнее регулирование было более конкретно, чем существующее⁸. Представляется, что подобное уточнение должно быть внесено и в современное законодательство, тем более что Закона №323-ФЗ ввел понятие обязанностей пациента (ст. 27), среди которых указаны и соблюдение установленного режима на период лечения и соблюдения режима нахождения в медицинской организации.

Анализируя возможные допустимые причины отказа врача от пациента, обратимся к зарубежным авторам.

Лора Катц и Джеймс Секстон выделяют следующие ситуации, когда врач вправе отказать пациенту⁹:

- завышенные ожидания пациента, не соответствующие реальной сложившейся ситуации (ситуация, когда пациент хочет получить услуги как можно быстрее, спокойнее, удобнее, без осложнений и недорого);
- пациент не желает идти навстречу врачу и следовать его предписаниям;
- пациент не способен платить за лечение (отметим, что данное основание в Российской Федерации не применимо);

7 Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 №5487-1) // Ведомости СНД и ВС РФ. 19.08.1993. №33. ст. 1318.

8 Салыгина Е.С. Отказ пациенту в лечении и односторонний отказ исполнителя от выполнения договора на оказание медицинских услуг: опыт России и США // Медицинское право. 2013. №2. С. 46-49.

9 Katz Laura L., Esq, Paul Marshall B., Esq. When a physician may refuse to treat a patient. // [Электронный ресурс] URL: <http://www.physiciansnews.com/law/202.html>. Дата обращения 15.05.2020. Saxton James W., Esq. Terminating patient relationships appropriately. // [Электронный ресурс] URL: <http://www.physiciansnews.com/1999/04/14/terminating-patient-relationships-appropriately/> (дата обращения 15.05.2020)

- пациент не является в назначенное время на прием;
- помощь, которую требует оказать пациент, противоречит моральным, религиозным принципам врача (в этом случае необходимо обязательно порекомендовать пациенту возможную замену, пусть даже в другом медицинском учреждении. О возможности отказать пациенту по мотивам совести будет еще сказано ниже);
- пациент требует оказать ему помощь в сфере, которая выходит за пределы профессиональной компетенции врача, за пределами рабочего времени врача, а также вне места его постоянной практики;
- отказ врача будет оправдан также в случаях, если пациент буйный или не идет на контакт (имеются проблемы с коммуникацией).

Возможность отказа от пациента ввиду отсутствия психологического контакта в РФ закреплено в Этическом кодексе российского врача, принятого на 4-й Конференции Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г.¹⁰ Полагаем, что ссылка на нормы указанного документа допустима, поскольку законодатель придал нормам врачебной этики и деонтологии юридически обязывающее значение (в Законе об охране здоровья закреплено и право пациента на уважительное и гуманное к нему отношение, и обязанность медицинского работника следовать деонтологическим нормам). Более того, на Этический кодекс российского врача 1994 г. иногда напрямую ссылаются и судебная практика¹¹.

В Этическом кодексе 1994 г. указано, что врач имеет право отказаться от работы и передать пациента другому специалисту, если

10 Этический кодекс российского врача: утв. 4-й конференцией Ассоциации врачей России (Москва, ноябрь, 1994 г.). URL: <https://onf.ru/2013/05/30/kodeks-e-tiki-rossijskogo-vracha/> (дата обращения 12.12.2019)

11 Куранов В.Г., Семешко А.И. Биоэтические нормы как квазиисточник медицинского права Российской Федерации // Современный мир, актуальные вопросы биоэтики, молекулярной и персонализированной медицины. Сборник материалов Международного евро-азиатского конгресса по вопросам биоэтики, молекулярной и персонализированной медицины «Biomed-inn-2019». Под редакцией И.П. Корюкиной и др. Пермь. 2019. С. 84-91.

не представляется возможным установить с пациентом терапевтическое сотрудничество. Салыгина Е.С. отмечает, что понятие «терапевтическое сотрудничество» куда более конкретно и относимо к рассматриваемым отношениям: «терапевтический» означает «связанный с процессом лечения, оказания медицинской помощи человеку», «сотрудничество» — это «взаимоотношение, которое характеризуется пониманием сторонами общих целей, стремлением найти взаимопонимание и осознанное выполнение достигнутых договоренностей»¹².

Владимирский областной суд в Определении от 10.09.2014 по делу №33-3179/2014, анализируя спор пациента и медицинской организации, не нашел нарушений в замене лечащего врача в порядке ч. 3 ст. 70 Закона об охране здоровья в связи с отсутствием контакта и между гражданином и его лечащим врачом¹³.

Рассматривая возможные причины отказа врача от пациента, необходимо оговориться, что в силу российского законодательства отказ не может быть обусловлен наличием у гражданина каких-либо заболеваний (например, туберкулеза, ВИЧ-инфекции). Подобный отказ вступил бы в противоречие с таким принципом охраны здоровья, как соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

На практике часто возникает вопрос, имеет ли врач право отказаться от пациента по мотивам совести. Так, согласно пункту 6 Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации о медицинских абортах, (Осло, август 1970), если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге¹⁴.

¹² Салыгина Е.С. Там же.

¹³ Определение Владимирского областного суда от 10 сентября 2014 г. по делу №33-3179/2014. URL: https://www.audat-info.ru/na/article/view/type_id/7/doc_id/24132/ (дата обращения 12.12.2019)

¹⁴ Декларация относительно медицинского аборта. Принята 24-й Всемирной медицинской ассамблеей (Осло, Норвегия, август 1970 г.), внесены поправки 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (Венеция, Италия, октябрь 1983 г.) // [Электронный ресурс] URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_009. (дата обращения 12.12.2019)

Парламентской Ассамблеей Совета Европы принята Резолюция «Право на возражение из соображений совести при предоставлении легальной медицинской помощи» №1763 (2010). В тексте Резолюции говорится: «Ни одно лицо, больница или учреждение не может быть принуждено, привлечено к ответственности или подвергнуто дискриминации в какой-либо форме за отказ по каким-либо соображениям от совершения, размещения, оказания помощи в осуществлении или направлении на аборт, искусственный выкидыш, эвтаназию или любое другое вмешательство, которое может привести к умерщвлению человеческого плода или эмбриона человека»¹⁵.

Указанный принцип был воспринят и отечественным законодателем, предусмотревшим в части 3 статьи 70 Закона об охране здоровья право лечащего врача уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности. При этом в норму включена оговорка: если отказ не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. Следовательно, врач не имеет права отказаться от проведения аборта, необходимого по медицинским показаниям.

В любом случае, и при отказе врача от пациента, и при отказе провести искусственное прерывание беременности, должностные лица медицинской организации обязаны осуществить замену лечащего врача, чтобы гражданин не остался без медицинской помощи.

Как отмечает Г.А. Миронова, право врача на отказ из соображений совести применяется к лицам, но не к организациям¹⁶.

Законодательство об охране здоровья не предусматривает конкретного механизма

¹⁵ Резолюция ПАСЕ «Право на возражение из соображений совести в рамках предоставления законной медицинской помощи» (Resolution 1763 (2010)) The right to conscientious objection in lawful medical care // Electronic Resource Council of Europe. 2010. // [Электронный ресурс] URL: <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/taio/eres1763.htm>. (дата обращения 12.12.2019)

¹⁶ Миронова Г.А. Право врача на отказ от производства законного аборта по соображениям совести: международные стандарты и законодательство Украины // Медицинское право. 2014. №2. С. 53-56.

реализации права лечащего врача на отказ от наблюдения и лечения пациента. Полагаем, что в данном случае целесообразно использовать конструкцию юридически значимого сообщения, закрепленную в статье 165.1 Гражданского кодекса Российской Федерации¹⁷. Сам отказ врача, очевидно, выражается в уведомлении или извещении, адресованном должностному лицу медицинской организации. Такое сообщение влечет за собой правовые последствия для руководителя медицинской организации, которому необходимо принять решение о замене лечащего врача (согласовании отказа) либо об отказе в таком согласовании. В конечном, итоге, последствия могут наступить и для пациента как потребителя медицинской услуги.

Всего можно выделить пять стадий механизма осуществления юридически значимого сообщения, а именно:

- направление;
- доставка;
- вручение;
- получение;
- ознакомление.

В литературе механизм реализации юридически значимого сообщения относят к организационному правоотношению¹⁸.

Полагаем, что применительно к рассматриваемым правоотношениям, форма направления отказа врача должна быть письменной. Во-первых, это позволит максимально сохранить содержание юридически значимого сообщения, а также впоследствии доказать факт направления. Безусловно, иной способ направления сообщения (например, посредством СМС-сообщения) в данной ситуации не запрещен, но при этом, в отличие от процессуального законодательства, отсутствует регулирования названного способа. Тем более, что правильнее, когда отказ от пациента направлен на имя организации, а не на номер телефо-

на конкретного должностного лица (здесь также можем столкнуться с проблемой конфиденциальности персональных данных).

При наличии корпоративного номера мобильного телефона у медицинской организации возможность направления юридически значимых сообщений может быть закреплена в соответствующем локальном нормативном акте.

Следовательно, сообщение должно быть либо передано врачом в канцелярию медицинской организации, либо направленно почтой в соответствии с правилами оказания почтовой связи.

Стадию доставки сообщения следует рассматривать как факультативную. Важно отметить, что доставка не должна приравниваться к вручению. На данной стадии решается вопрос, кто и каким образом транспортирует сообщение от отправителя к адресату. Если отказ врача направляется почтой, то доставку осуществляет оператор почтовой связи. Если же извещение подано лично, то процесс доставки должен быть урегулирован положением о документообороте в конкретной медицинской организации. Такое положение должно предусмотреть, какой сотрудник, в каком порядке и в какие сроки должен передать сообщение уполномоченному на его рассмотрение должностному лицу.

Стадия вручения извещения об отказе от пациента в пределах одной медицинской организации, по сути, совпадает со стадией доставки. Однако в локальном акте можно предусмотреть, что уполномоченное должностное лицо фиксирует факт вручения ему сообщения (например, в специальном журнале).

Полагаем, что стадию получения сообщения в рассматриваемом правоотношении можно опустить, поскольку данная стадия может иметь самостоятельное значение в случаях, когда неврученное сообщение считается все равно полученным.

Механизм осуществления юридически значимого сообщения завершается его ознакомлением. Из самого наименования данной стадии, очевидно, что она непосредственно обусловлена когнитивными и коммуникативными способностями адре-

17 «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 №51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 05.12.1994. №32. ст. 3301.

18 См., например, Данилова Л.Я., Князев Д.В. Юридически значимые сообщения // Вестник Омского университета. Серия «Право». 2018. № 3 (56). С. 86–92. С. 90.

сата и объективной фиксации не подлежит. Ведь даже если мы снимем на видео процесс чтения сообщения, мы не можем быть на сто процентов уверены, что адресат его действительно прочитал (а не просто сделал вид) и уяснил смысл сообщения в полном объеме. Как верно указывает С.В. Козловская, применение «теории восприятия сообщений» связано «с субъективными факторами, ведь объективно отследить момент выражения воли или ознакомления с коммуникаций практически невозможно. Поэтому основное внимание уделяется теориям, в которых момент достижения лица коммуникацией связан с объективными критериями»¹⁹.

Таким образом, целесообразно исходить из правила, что адресат юридически значимого сообщения в момент его получения признается извещенным, то есть уяснившим содержание такого сообщения в полном объеме.

Считаем, что в медицинской организации должен быть принят локальный нормативный акт, определяющий порядок реализации права врача на отказ от наблюдения и лечения пациента и содержащий следующие позиции:

- причины, по которым врач может отказаться от пациента;
- механизм осуществления юридически значимого сообщения, содержащего уведомление об отказе, соответствующему должностному лицу медицинской организации (с конкретизацией всех стадий такого механизма);

¹⁹ Козловская С.В. Проблемы гражданско-правового регулирования сделок, заключаемых в рамках электронного взаимодействия // *Опыты цивилистического исследования: сборник статей / рук. авт. кол. и отв. ред. А.М. Ширвиндт, Н.Б. Щербаков. М.: Статут, 2018. Вып. 2. 368 с.*

- сроки согласования должностным лицом медицинской организации отказа лечащего врача от пациента;
- причины возможного несогласования отказа врача от пациента (отсутствие в штате медицинских работников данной специальности, загруженность других работников);
- порядок осуществления замены лечащего врача;
- порядок уведомления пациента о состоявшейся замене лечащего врача.

Порядок уведомления пациента также имеет смысл регулировать, опираясь на конструкцию юридически значимого сообщения.

В заключении, подчеркнем, что возможность врача отказаться от ведения пациента не означает, что подобный отказ может совершить и медицинская организация в целом.

Во-первых, если организация работает в системе обязательного медицинского страхования, то она обязана оказывать помощь всем обратившимся застрахованным лицам.

Во-вторых, при оказании платных медицинских услуг неправомерно ссылаться на норму статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно которой исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг лишь при условии полного возмещения заказчику убытков²⁰.

²⁰ Подробнее см. Определение Конституционного Суда Российской Федерации, от 06.06.2002 №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». URL: <https://legalacts.ru/doc/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-06062002-n-115-o-ob/> (дата обращения 12.12.2019)

Об авторе:

Куранов Владимир Григорьевич — старший преподаватель кафедры правоведения ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор общества с ограниченной ответственностью «Центр медицинского права», Пермь, kuranov.perm@yandex.ru

Vladimir Grigorievich Kuranov — Senior lecture of the Law Department, Vagner Perm State Medical University, Director, Medical Law Centre LLC, Perm

© Куранов В.Г., 2020

Для цитирования:

Куранов В.Г. Реализация права врача на отказ от лечения пациента через призму конструкции юридически значимого сообщения // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (II). С. 47-54.

For citation:

Kuranov V.G. Implementation of the doctor's right to refuse to treat the patient through the legally significant message construction // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (II). P. 47-54.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 25.06.2020 г.

Свередюк М.Г., Ушакова О.В.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА ВЫБОР МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА

Актуальность исследования обоснована наличием проблематики при реализации одного из важнейших прав предоставляемых пациентам — права на выбор медицинской организации.

В соответствии с действующими нормативно-правовыми актами первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. В целях соблюдения принципа реализации доступности и качества медицинской помощи определена рекомендуемая норма численности прикрепленного населения на участке.

В этой связи возникают обоснованные вопросы о реализации положений 323-ФЗ, по выбору медицинской организации, при превышении численности прикрепленного населения к участкам и правомерности отказа пациентам, выбравшим соответствующую медицинскую организацию.

Анализ нормативов времени, полученных и обоснованных в результате проведения хронометража для проведения осмотра врачом пациента, диагностического исследования, показывает, что превышение численности пациентов на участке медицинской организации повлечет за собой ухудшение доступности и качества оказания медицинской помощи прикрепленному к амбулаторно-поликлиническому учреждению населению.

При этом, согласно части 3 статьи 17 Конституции Российской Федерации осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц. Руководствуясь данной конституционной нормой (нормой прямого действия) у медицинской организации должно быть право отказать пациенту, при невозможности обеспечить надлежащий уровень медицинской помощи и исключить ущемление прав других пациентов.

Между тем действующее законодательство (федеральные законы, подзаконные нормативные акты) механизм реализации конституционной нормы, применительно к рассматриваемому вопросу не предусматривают.

В этой связи, правомерность отказа гражданину в прикреплении весьма спорный вопрос, который зачастую решается в судебных инстанциях. В статье приводится анализ противоположных решений судебных инстанций по данному вопросу.

Целью исследования является формирование предложений, которые, по мнению авторов, позволят разрешить вопрос при превышении норматива прикрепленного населения. В частности, предлагается дополнить статью 21 ФЗ №323-ФЗ соответствующим пунктом, либо разработать механизм реализации данного правомочия на региональном уровне.

Ключевые слова: права пациентов, законодательство об охране здоровья, медицинская организация, доступность медицинской помощи

Maxim Sveredyuk, Olga Ushakova

PROBLEMS OF REALIZING THE PATIENT'S RIGHT TO CHOOSE A MEDICAL ORGANIZATION, AS PART OF THE STATE GUARANTEE PROGRAM FOR THE FREE PROVISION OF MEDICAL CARE TO CITIZENS. REGULATORY PROVISIONS AND JURISPRUDENCE

Relevance of the research is justified by the presence of problems in the implementation of one of the most important rights granted to patients — the right to choose a medical organization.

In accordance with the current legal acts, primary pre-medical and primary medical care are organized according to the territorial-precinct principle. In order to comply with the principle of implementing the availability and quality of medical care, the recommended rate for the number of attached population at the site has been determined.

In this regard, there are reasonable questions about the implementation of the provisions of 323-FZ, at the choice of a medical organization, when the number of attached population to the sites exceeds and the legality of refusal to patients who have chosen the appropriate medical organization.

The analysis of the time standards obtained and justified as a result of timing for the examination of a patient by a doctor, a diagnostic study, shows that an excess of the number of patients at the site of a medical organization will lead to a deterioration in the availability and quality of medical care to the population attached to the outpatient clinic.

At the same time, according to part 3 of article 17 of the Constitution of the Russian Federation, the exercise of human and civil rights and freedoms must not violate the rights and freedoms of others. In accordance with this constitutional norm (the norm of direct action), a medical organization should have the right to refuse a patient, if it is impossible to provide proper level of medical care and exclude infringement of the rights of other patients.

Meanwhile, the current legislation (Federal laws, subordinate regulations) does not provide for a mechanism for implementing the constitutional norm in relation to the issue under consideration.

In this regard, the legality of refusing a citizen to attach a very controversial issue, which is often resolved in the courts. The article analyzes the opposite decisions of the courts on this issue.

The purpose of the study is to form proposals that, according to the authors, will resolve the issue if the standard of the attached population is exceeded. In particular, it is proposed to Supplement article 21 323-FZ with a corresponding paragraph or to develop a mechanism for implementing this right at the regional level.

Keywords: patient rights, legislation on health protection, medical organization, accessibility of medical care

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ (далее — 323-ФЗ) имеет ярко выраженный пациент-ориентированный характер.

Об этом свидетельствуют, во-первых, закрепленные в статье 4 323-ФЗ основные принципы охраны здоровья, во-вторых, широкий правовой статус пациента, регламентируемый частью 5 статьи 19 323-ФЗ и раскрываемый во многих статьях данного закона.

Одним из важнейших прав предоставляемых пациентам является право на выбор медицинской организации (ч. 1, ч. 5 ст. 19 323-ФЗ).

Частью 1 статьи 21 323-ФЗ №-ФЗ, предусмотрено, что при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача.

В силу пп. 4 п. 1 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»², застрахованные лица имеют право на выбор медицинской ор-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, №48, ст. 6724.

² Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 06.12.2010, №49, ст. 6422.

ганизации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года №406н, утвержден Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Порядок).

Данный Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин.

При этом из части 2 статьи 21 ФЗ №323-ФЗ вытекает следующее: «Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации». Обязательным условием является ознакомление гражданина при осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслужива-

живания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Пунктом 2 статьи 33 ФЗ №323-ФЗ закреплено, что организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.

В соответствии с действующими подзаконными нормативными документами первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу, в целях соблюдения принципа реализации доступности и качества медицинской помощи определена рекомендуемая норма численности прикрепленного населения на участке.

В то же время, доступность и качество медицинской помощи согласно статье 10 ФЗ №323-ФЗ обеспечиваются такими важными составляющими, как:

1. организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
2. наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
3. предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
4. установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
5. транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения.

В этой связи возникают обоснованные вопросы о реализации положений ФЗ №323-ФЗ, по выбору медицинской организации, при превышении численности прикрепленного населения к участкам и правомерности отказа пациентам, выбравшим соответствующую медицинскую организацию.

Анализ нормативов времени, полученных и обоснованных в результате проведения хронометража для проведения осмотра врачом пациента, диагностического исследования, показывает, что превышение численности пациентов на участке медицинской организации повлечет за собой ухудшение доступности и качества оказания медицинской помощи прикрепленному к амбулаторно-поликлиническому учреждению населению.

В соответствии с информацией ФФОМС от 02.04.2019 «О праве застрахованных лиц в сфере ОМС на выбор или смену поликлиники» администрация учреждения, врач обязаны предупредить пациента о возможных сроках ожидания медицинской помощи в выбранной медицинской организации. Если гражданин самостоятельно выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания превышает установленный территориальной программой, то лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации пациента.

Необходимо обратить внимание, что согласно части 3 статьи 17 Конституции Российской Федерации³ осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц. Руководствуясь данной конституционной нормой (нормой прямого действия) у медицинской организации должно быть право отказать пациенту, при невозможности обеспечить надлежащий уровень медицинской помощи и исключить ущемление прав других пациентов.

3 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ, от 05.02.2014 №2-ФКЗ, от 21.07.2014 №11-ФКЗ) // URL: <http://www.constitution.ru/> (дата обращения 18.03.2020)

Между тем действующее законодательство (федеральные законы, подзаконные нормативные акты) механизм реализации конституционной нормы, применительно к рассматриваемому вопросу не предусматривают.

В этой связи, правомерность отказа гражданину в прикреплении весьма спорный вопрос, который зачастую решается в судебных инстанциях. Судебная практика в этом аспекте неоднозначна.

Так, имеют место дела, когда медицинские организации доказывают невозможность прикрепления, и суды встают на их сторону.

Так, например, в Апелляционном определении Московского городского суда от 14.01.2019 по делу №33-625/2019 содержатся следующие выводы: «Оценив собранные доказательства в совокупности по правилам статьей 67 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, суд пришел к правильному выводу об отказе в удовлетворении заявленных требований, поскольку количество прикрепленного населения для медицинского обслуживания в указанном медицинском учреждении превышает норматив на каждую должность врача терапевта-участкового, при этом оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий обеспечивает не только объем медицинских услуг, но и сроки их выполнения, возможность выбора медицинской организации и врача, предусмотренная действующим законодательством, не является безусловной свободой граждан на выбор медицинского учреждения, а выступает одной из мер обеспечения доступности и качества медицинской помощи»⁴.

Аналогичный вывод следует из Апелляционного определения Челябинского областного суда от 13 июля 2017 г. №11-8847/2017:

«Как установлено судом и подтверждается материалами дела, 14 сентября 2016

4 Апелляционное определение Московского городского суда от 14.01.2019 по делу №33-625/2019 // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SOCN&n=1144123#00847668863199813> (дата обращения 18.03.2020)

года Д. обратился с заявлением о принятии его на обслуживание в поликлинику №2 АНО «ЦМСЧ».

19 сентября 2016 года истцу отказано в принятии на обслуживание в связи с большим потоком пациентов и высокой загруженностью врачей, при этом указано, что в случае необходимости (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни) экстренная медицинская помощь будет оказана безотлагательно и бесплатно...

Разрешая спор и отказывая в удовлетворении исковых требований, суд первой инстанции принял во внимание загруженность медицинского учреждения, отсутствие необходимых ресурсов, влияющих на качество медицинского обслуживания, то обстоятельство, что прикрепление лиц, проживающих вне зоны обслуживания АНО «ЦМСЧ», не будет способствовать доступности и качеству медицинского обслуживания и пришел к выводу об отсутствии объективных оснований для удовлетворения требования Д. на выбор медицинского учреждения.

Судебная коллегия находит данные выводы суда первой инстанции соответствующими нормам действующего законодательства и обстоятельствам дела...

Вывод суда об отказе в удовлетворении иска обоснован отсутствием объективной возможности у АНО «ЦМСЧ» для обслуживания всех выбравших его лиц по причине загруженности медицинского учреждения, отсутствия необходимых ресурсов, влияющих на качество медицинского обслуживания.

При этом оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий обеспечивает не только объем медицинских услуг, но и сроки их выполнения. Возможность выбора медицинской организации и врача, предусмотренная приведенными нормами законодательства, не является безусловной свободой граждан на выбор медицинского учреждения, а выступает одной из мер обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

С учетом того, что по сообщению ответчика за АНО «ЦМСЧ» учтено 32 участка с численностью прикрепленного населения 61 285 человек, в связи с чем количество прикрепленных застрахованных лиц за АНО «ЦМСЧ» по территориально-участковому принципу на 1 участок составляет 1 915 человек, что существенно превышает рекомендуемую нормативную численность прикрепленного населения, а фактически трудовых договоров с участковыми врачами и фельдшерами для работы на участках заключено всего 25, из них 4 человека находятся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет и на их ставки трудовые договоры не заключены (л.д. 32-35), суд первой инстанции пришел к обоснованному выводу об отсутствии объективной возможности для прикрепления истца Д. к медицинскому учреждению АНО «ЦМСЧ» для оказания медицинской помощи⁵.

Как уже было сказано выше, судебная практика по данному вопросу неоднозначна, в связи с чем, имеются диаметрально противоположные выводы судебных инстанций.

В Апелляционном определении Иркутского областного суда от 28.04.2015 по делу №33-3413/2015 сказано следующее: «Из анализа статей 19, 21, 33 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» следует, что не является обязательным территориально-участковый принцип прикрепления на медико-санитарное обслуживание к медицинскому учреждению, каждый гражданин (независимо от имеющегося заболевания) имеет право на выбор медицинской организации, при этом получение согласия выбранного медицинского учреждения для прикрепления гражданина к учреждению не требуется.

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №543н от 15 мая 2012 года, не содержит нормы об отказе гражданина в выборе медицинской организации не по территориальному принципу.

⁵ Апелляционное определение Челябинского областного суда от 13 июля 2017 г. №11-8847/2017 // URL: <https://guest.link/4J6> (дата обращения 12.04.2020)

Отклоняя доводы представителя ответчика о том, что прикрепление истца к их учреждению будет означать дальнейшее превышение нагрузки для медицинского учреждения, приведет к нарушению принципа разумного баланса прав и интересов граждан, и не приведет к реализации права истца на получение качественного медицинского обслуживания, суд первой инстанции исходил из того, что в силу ст. 16 ФЗ №ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица имеют право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Не принимая во внимание доводы представителя ответчика о том, что в поликлинике 13 терапевтических участков и при нормативе в 1 700 человек на один терапевтический участок учреждение должно обслуживать 22 749 человек, а фактически обслуживает 30 664 человека, что превышает допустимую нагрузку на 38,76%, поэтому учреждение не дало своего согласия на медицинское обслуживание С.С., суд первой инстанции исходил из того, что Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению не содержит нормы об отказе гражданину в выборе медицинской организации по этим основаниям.

Оценив в совокупности представленные доказательства, проанализировав нормы материального права, регулирующие спорные правоотношения, суд первой инстанции пришел к правильному выводу о необоснованности отказа в прикреплении С.С. на медицинское обслуживание к МАНО «Лечебно-диагностический центр», и обоснованно удовлетворил иски требования прокурора⁶.

В судебных актах также встречается позиция, согласно которой роль руководителя медицинской организации в вопросе

прикрепления либо отказа, должна быть исключена. Иными словами, вопрос прикрепления, по мнению ряда судей, имеет уведомительный характер.

В частности, в Апелляционном определении Оренбургского областного суда от 26 ноября 2015 г. №33-8106/2015 прописано следующее: «Отказывая в удовлетворении требований о признании незаконными действий главного врача ООО «Клиника промышленной медицины» П., выразившихся в отказе в прикреплении к медицинской организации, суд верно, указал, что принятие на медицинское обслуживание осуществляется не главным врачом медицинской организации, а самой медицинской организацией, в которой будет находиться гражданин на медицинском обслуживании, в то время как на главного врача возложена лишь обязанность по информированию гражданина о принятии на медицинское обслуживание.

Выводы суда первой инстанции являются законными и обоснованными, судебная коллегия с ними соглашается⁷.

Также вызывают вопросы такие встречающиеся в отказах медицинских организаций при прикреплении пациентов мотивировки, как отсутствие согласия врача. Данные обстоятельства выдвигаются в качестве обоснования правомерности отказа, поскольку выше приводимая ч. 1 ст. 21 ФЗ №323-ФЗ содержит фразу «с учетом согласия врача». Между тем, судебные инстанции данные аргументы не принимают, делая вывод о недопустимости данного обоснования в качестве отказа пациентам в прикреплении.

Так, согласно Апелляционному определению Самарского областного суда от 9 ноября 2016 г. по делу №33-14674/2016: «Анализ статей 19, 21, 33 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в их единстве и взаимосвязи позволил суду прийти к обоснованному выводу о то, что не является обязательным территориально-участковый принцип прикрепления на медико-санитарное обслуживание к ме-

6 Апелляционное определение Иркутского областного суда от 28.04.2015 по делу №33-3413/2015 // URL: <https://guest.link/VH6> (дата обращения 05.04.2020)

7 Апелляционное определение Оренбургского областного суда от 26 ноября 2015 г. №33-8106/2015 // URL: <https://guest.link/oJ6> (дата обращения 05.04.2020)

дицинскому учреждению, каждый гражданин (независимо от имеющегося заболевания) имеет право на выбор медицинской организации, при этом получение согласия выбранного медицинского учреждения для прикрепления гражданина к учреждению не требуется.

Ссылки же ответчика в апелляционной жалобе на отсутствие наличия согласия врачей также не соответствует действующему законодательству, поскольку согласие врача предусмотрено при выборе гражданином врача, а не медицинского учреждения»⁸.

Аналогичные доводы содержатся также в Апелляционном определении Ставропольского краевого суда от 8 апреля 2014 года. В определении, в частности, сказано: «Таким образом, приведенные нормативные положения не содержат требования о том, что для принятия пациента на медицинское обслуживание в выбранной им медицинской организации, кроме заявления пациента о прикреплении его на медицинское обслуживание необходимо и согласие врача, как указано в оспариваемом истцом письме заместителя главного врача поликлиники С.

Поэтому требование истца Б. в части признания незаконным указания заместителя главного врача МБУЗ городской поликлиники №2 г. Ставрополя в его письме, размещенном на информационном стенде филиала №1 поликлиники №2 г. Ставрополя о том, что для принятия пациента на медицинское обслуживание, (проживающего вне территории обслуживания филиал №1 городской поликлиники №2 г. Ставрополя, но выбравшего это медицинское учреждение для своего обслуживания), необходимо согласие врача, подлежит удовлетворению.

Указание о необходимости получения согласия врача при прикреплении к медицинскому учреждению возлагает на гражданина дополнительную обязанность, не предусмотренную законом, поскольку в силу статьи 21 Закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здо-

ровья граждан в Российской Федерации» получение такого согласия необходимо в случае реализации гражданином права на выбор врача»⁹.

Встречаются позиции судов, когда мнение врачей судом учитывается. В частности, в ранее приводимом Апелляционном определении Оренбургского областного суда от 26 ноября 2015 г. №33-8106/2015 содержатся следующие аспекты: «Так, в мотивировочной части решения суда в качестве установленных судом первой инстанции обстоятельств действительно приведено содержание протокола собрания врачей поликлиники №2 АНО «ЦМСЧ» от 01 июля 2016 года, Однако из текста обжалуемого решения не следует, что судом постановлен вывод о том, что согласие врача является обязательным условием для прикрепления гражданина на медицинское обслуживание».

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о сложности в реализации анализируемого права. Отсутствуют четкие правовые нормы, имеется противоречивая судебная практика.

В этой связи, представляется целесообразным разрешения вопроса о выборе медицинской организации при превышении норматива прикрепленного населения посредством следующего:

1. На уровне федеральной законодательной власти — внести дополнения в статью 21 323-ФЗ, в частности прописав пункт следующего содержания: «При выборе гражданином, не относящимся к прикрепленному населению по территориально-участковому принципу к выбранной медицинской организации, и превышении в выбранной гражданином медицинской организации, установленной федеральным органом исполнительной власти рекомендуемой численности прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала, допускается отказ гражданину в прикреплении к выбранной медицин-

⁸ Апелляционное определение Самарского областного суда от 9 ноября 2016 г. по делу №33-14674/2016 // URL: <https://guest.link/7J6> (дата обращения 1.04.2020)

⁹ Апелляционное определение № 33-2063/2014 от 8 апреля 2014 г. по делу № 33-2063/2014 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/PLy2KVBiVLLP/> (дата обращения 05.04.2020)

ской организации. Об отказе граждан уведомляется руководителем медицинской организации в течение трех рабочих дней с момента письменного обращения в данную медицинскую организацию».

2. На уровне законодательной либо исполнительной власти субъекта Федерации — разработать и внедрить (принять) нормативно-правовой акт, по аналогии с г. Москва, где действует Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда медицинского страхования от 27 апреля 2015 г. №335/142 «Об утверждении регламента прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения г. Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС г. Москвы, с использованием ЕМИАС»¹⁰. Указанный нормативно-правовой акт содержит следующую норму: пункт 2.1.6 — «Руководитель медицинской организации принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации либо о мотивированном отказе в прикреплении». В судебной практике возможность наличия пункта подобного содержания в нормативно-правовом акте субъекта апробирована. В приводимом ранее Апелляционном определении Московского городского суда от 14.01.2019 по делу №33-625/2019 содержится следующий вывод: «Судом установлено и подтверждается материалам дела, что 05.07.2018 г. истец обратился в ГБУЗ №220 ДЗМ для прикрепления в целях оказания

первичной медицинско-санитарной помощи. В ту же дату главным врачом ГБУЗ №220 ДЗМ принято решение об отказе в прикреплении в связи с загруженностью терапевтических участков.

При повторном письменном обращении истца к ответчику последний надлежащим образом рассмотрел обращение и дал мотивированный ответ в соответствии с п. 2.6.1. Регламента».

Более того, Конституционным судом РФ в Определении от 25.10.2016 №2298-О прописано: «возможность такого выбора может быть объективно ограничена в том числе в силу территориального местоположения, загруженности, назначения, отсутствия необходимых ресурсов и объемов целевого бюджетного финансирования соответствующего медицинского учреждения. Указанные обстоятельства, влияющие на качество и принципиальную возможность оказания гражданам надлежащей медицинской помощи, подлежат обязательному учету при разрешении вопроса о возможности выбора гражданином конкретного медицинского учреждения. В противном случае, в отсутствие у медицинского учреждения объективной возможности для обслуживания всех выбравших его лиц, возникала бы угроза оказания гражданам медицинских услуг ненадлежащего качества»¹¹.

Безусловно, приоритетным видится решение вопроса на уровне внесения изменений в ФЗ №323-ФЗ, между тем формирование механизма реализации на региональном уровне, также позволит внести ясность в данные правоотношения.

¹⁰ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда медицинского страхования от 27 апреля 2015 г. №335/142 «Об утверждении регламента прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения г. Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС г. Москвы, с использованием ЕМИАС» // URL: <https://www.mgfoms.ru/document/195> (дата обращения 01.04.2020)

¹¹ Определение Конституционного Суда РФ от 25.10.2016 №2298-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Жильцова Бориса Григорьевича на нарушение его конституционных прав частями 1 и 2 статьи 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71439860> (дата обращения 05.04.2020)

Об авторах:

Свередюк Максим Геннадьевич — юрист, доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права Краевого государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, uristms27@bk.ru

Ушакова Ольга Вячеславовна — председатель постоянного комитета Законодательной Думы Хабаровского края по вопросам социальной политики, доктор медицинских наук, Хабаровск

Maxim Gennadievich Sveredyuk — lawyer, associate Professor of the Department of health care organization and medical law of the Territorial State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education «Postgraduate Institute for Public Health Workers» under the Health Ministry of Khabarovsk Territory, Khabarovsk

Olga Vyacheslavovna Ushakova — chairman of the standing committee of the Legislative Duma of the Khabarovsk Territory on social policy issues, doctor of medical sciences, Khabarovsk

© Свередюк М.Г., Ушакова О.В., 2020

Для цитирования:

Свередюк М.Г., Ушакова О.В. Проблемы реализации права пациента на выбор медицинской организации, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Нормативные положения и судебная практика // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 55-63.

For citation:

Sveredyuk M.G., Ushakova O.V. Problems of realizing the patient's right to choose a medical organization, as part of the state guarantee program for the free provision of medical care to citizens. Regulatory provisions and jurisprudence // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 55-63.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 18.06.2020 г.

РАЗДЕЛ III.

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

Куранов В.Г., Лавочкина Н.В.

ПРОБЛЕМЫ НЕОДНОЗНАЧНОГО ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ СУДАМИ ПОЛОЖЕНИЙ ЗАКОНА О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В ЧАСТИ НАРУШЕНИЯ ИСПОЛНИТЕЛЕМ УСЛОВИЙ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена проблемам, возникающим при толковании судами законодательства о нарушении прав пациента при оказании медицинской помощи. Проблема видится в разнородном применении законодательства о защите прав потребителей. Так, одни суды удовлетворяют иски пациентов только в случае, когда усматривают причинно-следственную связь между дефектами медицинской помощи и возникшим вредом здоровью. В иных решениях требования о компенсации морального вреда удовлетворяются и при наличии формальных нарушений, не приведших к материальному вреду (вреду здоровью).

Ключевые слова: право на здоровье, моральный вред, права потребителя, безопасность, своевременность, стандарты оказания помощи, полная и достоверная информация об оказанной услуге, причинно-следственная связь

Vladimir Kuranov, Natalia Lavochkina

PROBLEMS AMBIGUOUS ENFORCEMENT BY THE COURTS OF THE CONSUMER RIGHTS PROTECTION ACT IN TERMS OF VIOLATION OF MEDICAL CARE QUALITY CONDITIONS

The article is devoted to the problems that arise when courts interpret legislation on violation of the patient's rights in the provision of medical care. The problem is seen in the heterogeneous application of legislation on consumer protection. Thus, some courts satisfy claims of patients only when they see a cause-and-effect relationship between defects in medical care and the resulting harm to health. In other decisions, claims for compensation for non-pecuniary damage are also satisfied if there are formal violations that did not lead to material harm (harm to health).

Keywords: the right to health, moral injury, consumer rights, security, standards of assistance, complete and reliable information about the service provided, causal relationship

В соответствии с гражданским законодательством РФ, если одной из сторон гражданских правоотношений выступает гражданин, использующий, приобретающий, заказывающий либо имеющий намерение приобрести или заказать това-

ры (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних, бытовых и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, а другой — организация либо индивидуальный предприниматель (изготовитель, исполни-

тель, продавец, импортер), осуществляющие продажу товаров, выполнение работ, оказание услуг, то к данным отношениям в полном объеме применяются как положения Гражданского кодекса РФ, так и положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей» (далее — Закон о защите прав потребителей, Закон)¹. При оказании медицинской помощи законодательство о защите прав потребителей применяется в равной степени к отношениям, возникшим между пациентом и медучреждением как в рамках программы добровольного медицинского страхования, так и в рамках обязательного медицинского страхования².

«Ш. в 2016 году обратилась с иском к медицинскому учреждению о компенсации морального вреда в размере одного миллиона рублей, за причинение физических и нравственных страданий самой Ш. и ее несовершеннолетнему сыну Л., причиненных в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, выразившейся в несвоевременной неправильной постановке правильного диагноза, повлекшее за собой причинение вреда здоровью ребенка, а также взыскание денежных средств, потраченных на восстановление здоровья (лечение, реабилитацию и пр.)³.

Несовершеннолетний Л. родился недоношенным в 28 недель и находился на стационарном лечении в отделении недоношенных детей одной из ГБУЗ г. Перми. Основной диагноз: ОНМТ (очень низкая масса тела) и ПКВ — (пневмококковая инфекция).

1 Закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 (в ред. от 24.04.2020 №144-ФЗ) // Собрание законодательства РФ 1992, № 17, ст. 1230.

2 Пункт 9 Постановления ВС РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131885/ (дата обращения 05.06.2020)

3 Решение Свердловского районного суда г. Перми от 16.08.2016 дело 2-5286/16 / Архив Ленинского районного суда г. Перми 2020 г. Дело 2-1252/19. URL: https://lenin--perm.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_or=case&case_id=15750760&case_uid=2efag9846-b680-44db-892f-2039db8ce8c5&delo_id=1540005 (дата обращения 05.06.2020)

Сопутствующие диагнозы: респираторный дистресс-синдром, состояние после ИВЛ, внутриутробной инфекции (в т.ч. токсоплазмоз) с поражением респираторного тракта (ринит, отит справа, ремиссия, перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза тяжелой степени, синдром двигательных вегето-висцеральных дисфункций, анемия тяжелой степени, остеопения недоношенных).

Истец — Ш., выступая в интересах своего ребенка — Л., в исковом заявлении указала, что ребенок изначально после рождения был помещен в отделение реанимации, где ему был оказан очень хороший уход. В возрасте 29 дней, ребенок был переведен в отделение для недоношенных детей, куда истца не допускали. Позднее, в начале августа, когда истец была помещена в палату вместе с ребенком, она заметила, что правая ножка у ребенка значительно толще левой, ребенок плаксив и раздражителен, постоянно держит ножку в одном положении, нога отекает. После нахождения в отделении 35 дней — 14 августа ребенку был сделан рентген правой ноги и в области правой бедренной кости была обнаружена круглая тень 15х15 мм. Под вопросом был поставлен предварительный диагноз: остеомиелит или киста? Хирургом ребенок был осмотрен через три дня, повторный рентген перелома не выявил. Поставлен диагноз: остеомиелит правого бедра. Позже был обнаружен лимфоузел в районе паховой складки правой ноги. Осмотр ортопеда состоялся 20 августа, диагноз: периостит правого бедра, подозрение на онкологию.

Перед выпиской ребенок был повторно осмотрен одним из ведущих ортопедов города и установлено, что у ребенка консолидированный патологический перелом в/з правого бедра на фоне остеопении недоношенности), причем перелом, по мнению специалиста, образовался примерно недели за две до первого рентгеновского снимка, который был проведен 14 августа и на месте перелома уже сформировалась костная мозоль.

После выписки ребенок длительное время наблюдался у ведущих ортопедов, проходил длительную реабилитацию, стоял вопрос об инвалидности.

Мать ребенка Ш. настаивала на том, что ответчиком — медицинским учреждением были нарушены положения Закона «О защите прав потребителей» — не надлежащим образом оказана медицинская помощь, а именно не вовремя поставлен правильный диагноз и не назначено правильное лечение (пеленание, лангет и пр.), если бы данные мероприятия были бы совершены своевременно, серьезных последствий, связанных со здоровьем ребенка, можно было бы избежать.

Здоровье — одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение многие блага, возможность пользоваться другими правами (профессией, свободой передвижения и пр.) В Уставе Всемирной организации здравоохранения, здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Такое же понятие здоровья содержится в п. 1 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» №323-ФЗ от 21.11.2011⁴.

Под качеством оказания медицинской помощи в соответствии с п. 21 ст. 2 указанного Федерального закона, понимается «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения определенного результата». При нарушении указанных требований наступает гражданско-правовая ответственность медицинского учреждения. Как и в любой сфере гражданско-правовых отношений, в области медицинского права обязательства вследствие причинения вреда — один из основных институтов, форма гражданско-правовой ответственности.

По делу была проведена судебно-медицинская экспертиза, одним из выводов которой было: «перелом мог образоваться в результате внешнего воздействия ...». Ответчик — медицинское учреждение исковые требования не признал, в защиту своих

доводов сотрудники больницы ссылались на то, что следствием перелома являлась остеопения недоношенности, диагноз, который был поставлен ребенку при рождении, плюс куча других сопутствующих диагнозов, которые и могли привести к перелому бедра. Однако защита настаивала на том, что причиной перелома явилась именно несвоевременная точная постановка диагноза (установление перелома), что и повлекло впоследствии возникновение контрактуры бедра и длительное восстановление здоровья.

Среди вопросов, которые были поставлены перед экспертной комиссией, были следующие вопросы:

1. Своевременно ли оказана медицинская помощь, установлены ли законодательством сроки оказания первичной медико-санитарной помощи и плановой медицинской помощи и каковы эти сроки?
2. Имеются ли дефекты оказания медицинской помощи в действиях медицинского учреждения, а также доказана ли причинно-следственная связь между действиями медицинского учреждения, выразившимися в несвоевременном установлении факта перелома и возникшей на фоне этого контрактурой бедра новорожденного?

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2016 г., утвержденной Постановлением Правительства РФ от 18.12.2015 №1382, установлены следующие сроки:

- сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.
- сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме для:
- приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения консультаций врачей-специалистов не должны превы-

⁴ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ (в ред. от 08.06.2020 №166-ФЗ) // Собрание законодательства РФ 2011, №48, ст. 6724.

шать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

- проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;
- проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями — 14 календарных дней со дня назначения;
- специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями — 14 календарных дней с момента установления диагноза заболевания.

Экспертная комиссия пришла к следующим выводам по поставленным вопросам: сроки вызова специалиста для постановки диагноза — не нарушены. Дефектов медицинской помощи не выявлено, причинно-следственная связь между несвоевременной постановкой точного диагноза (перелом) и возникшей в результате этого контрактурой бедра у ребенка — отсутствует по причине наличия у ребенка при рождении диагноза: «остеопения недоношенности и кучи других побочных диагнозов».

Суд в иске отказал полностью, возложив на истцу расходы по оплате судебно-медицинской экспертизы в полном объеме.

По другому спору, в похожей ситуации, судом вынесено совершенно иное постановление:

«Ч. обратилась в суд с иском к частной клинике о взыскании материального ущерба в сумме 57 147,12 рублей, компенсации

морального вреда, причиненного некачественными медицинскими услугами, а также нарушением прав потребителя в размере 1 000 000 руб., штрафа в соответствии с ч. 6 ст. 13 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»⁵.

В обоснование заявленных требований истец указала, что 06.12.2016 года в связи с болями в животе обратилась в частную клинику, где ее отправили к врачу М., которой проведено УЗИ, оформлен протокол УЗИ органов малого таза, врачом назначен препарат «Силует». Приобретать препарат «Силует» начала с 23.01.2017 года. Принимала препарат по 1 таблетке 1 раз в день, приблизительно в одно и то же время, с 1-ого дня менструального цикла в течение 21 дня, потом делала перерыв 7 дней и снова повторяла прием в течение 21 дня. 29.06.2017 года у истца появилась боль в поясничном отделе, отек ноги и цианоз, состояние здоровья стало ухудшаться, появилась сильная боль в ноге. По направлению участкового врача 13.07.2017 года истец обратилась в одну из городских клиник к сосудистому хирургу С., которым поставлен диагноз флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей», назначена ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей, применение препарата «Ксарелто», «Детралекс», компрессионная терапия. 14.07.2017 года проведена ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей врачом К., выдано заключение: Оклюзивный ИФТ слева без признаков реканализации, тромбоз суральной вены. 25.07.2017 года побывала на приеме у врача В., которым поставлен диагноз: Острый илеофemorальный тромбоз слева. Далее истец проходила ультразвуковую доплерографию вен нижних конечностей 12.10.2017 года, 17.01.2018 года, 18.04.2018 года. 07.05.2018 года врач-хирург

5 Решение Ленинского районного суда г. Перми от 27.12.2019 по делу №2-1252/19 / Архив Ленинского районного суда г. Перми 2020 г. Дело 2-1252/19/ URL: https://lenin--perm.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=15750760&case_uid=2efa9846-b680-44db-892f-2039db8ce8c5&dello_id=1540005 (дата обращения 05.06.2020)

С. поставил диагноз «Постфлебитический синдром», отменой применения препарата «Ксарелто», с пожизненным сохранением применения препарата «Детралекс» и компрессионной терапии. Считает, что ответчиком нарушен принцип применения ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: о риске возникновения неблагоприятных последствий при приеме препарата истец не была извещена, информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи истец не подписывала, отсутствует подпись пациентки на договоре платного оказания медицинских услуг.

В ходе судебного разбирательства была проведена судебно-медицинская экспертиза. На разрешение экспертов поставлены вопросы:

1. Показано ли было назначение препарата «Силует» пациентке Ч. с учетом состояния ее здоровья на момент обращения к ответчику?
2. Имеются ли в протоколе УЗИ органов малого таза от 06.12.2016 года пациентки Ч. указания в виде назначения или рекомендаций, или выписки препарата «Силует»?
3. Каковы причины развития и последствия у Ч. выявленных заболеваний: флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей; острый илеофemorальный тромбоз слева; постфлебитический синдром?
4. Имелись ли у Ч. до применения препарата «Силует» заболевания, которые могли привести к возникновению заболеваний флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей; острый илеофemorальный тромбоз слева; постфлебитический синдром?
5. Имелись ли дефекты при оказании медицинских услуг Ч. Ответчиком либо нарушения порядков оказания медицинской помощи при обращении 06 декабря 2016 года? Если да, в чем они выражены и повлекли ли за собой причинение вреда здоровью Ч?
6. Имеется ли причинно-следственная связь между применением препарата

«Силует» и установлением в последующем диагнозов: флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей; острый илеофemorальный тромбоз слева; постфлебитический синдром? Если имеется, то какова степень тяжести вреда, причиненного здоровью Ч.?

7. Являются ли указанными выше установленные Ч.? диагнозы хроническими и излечимыми заболеваниями?

По результатам экспертизы суд пришел к выводу о том, что частная клиника при оказании платных медицинских услуг Ч. допустила нарушения прав гражданина в сфере здравоохранения при оказании медицинской помощи, вместе с тем, невозможно сделать однозначный вывод о том, что прием препарата «Силует» явился причиной развития установленных впоследствии заболеваний нижних конечностей. Как следует из анализа заключения судебно-медицинской экспертизы прием препарата «Силует» сам по себе не мог вызвать возникновение тромбоза, в связи с чем, судом не установлена прямая причинно-следственная связь между указанием в протоколе УЗИ «Силует», приемом препарата истцом и выявленными впоследствии заболеваниями нижних конечностей (согласно экспертизе — в настоящее время имеется посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности, хроническая венозная недостаточность 3 степени) не имеется, однако усматривается косвенная причинно-следственная связь между назначением в протоколе УЗИ препарата «Силует» и наступившими последствиями. Доказательств обратного суду не представлено.

Таким образом, суд усмотрел нарушение ответчиком положений закона о защите прав потребителей и исковые требования удовлетворил частично.

В заключении можно сделать вывод, что практика правоприменения судами законодательства о защите прав потребителей при причинении вреда здоровью при оказании медицинской помощи не является единообразной и в рамках одного территориального образования может трактоваться судами по-разному.

Об авторах:

Куранов Владимир Григорьевич — старший преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации Министерства здравоохранения Российской Федерации; директор общества с ограниченной ответственностью «Центр медицинского права», Пермь, kuranov.perm@yandex.ru

Лавочкина Наталья Владимировна — старший преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации; директор юридической фирмы ООО «ПТК»; арбитражный управляющий, Пермь, lavnato7@mail.ru

Vladimir Grigorievich Kuranov — Senior lecture of the Law Department, Vagner Perm State Medical University, Director, Medical Law Centre LLC, Perm

Natalia Vladimirovna Lavochkina — Senior Lecturer, Department of LAW, E.A. Vagner Perm State Medical University; Director of the LAW firm PTK; Arbitration manager, Perm

© Куранов В.Г., Лавочкина Н.В., 2020

Для цитирования:

Куранов В.Г., Лавочкина Н.В. Проблемы неоднозначного правоприменения судами положений закона о защите прав потребителей в части нарушения исполнителем условий качества оказания медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (II). С. 67-72.

For citation:

Kuranov V.G., Lavochkina N.V. Problems of realizing the patient's right to choose a medical organization, as part of the state guarantee program for the free provision of medical care to citizens. Regulatory provisions and jurisprudence // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (II). P. 67-72.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 26.06.2020 г.

Лавочкина Н.В.

НАРУШЕНИЕ ЛИЧНОГО НЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ, ВЫРАЗИВШЕЕСЯ В НЕОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ (НА ПРИМЕРЕ МАТЕРИАЛОВ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ)

Статья посвящена проблемам нарушения правил безопасности при оказании медицинских услуг в период нахождения пациента на санаторно-курортном лечении в санатории. Автор на примере конкретного судебного дела рассматривается вопрос, в какой мере сам потребитель услуги (пациент в контексте медицинского права) должен проявлять осмотрительность при оказании медицинской услуги. Качество медицинской услуги при нахождении гражданина в санатории исследуется с двух точек зрения — медицинского права и закона о защите прав потребителей. Подчеркивается необходимость для медицинской организации неукоснительно соблюдать требования к обеспечению безопасности пациентов.

Ключевые слова: право на здоровье, моральный вред, права потребителя, безопасность

Natalia Lavochkina

VIOLATION OF THE PERSONAL NON-PROPERTY RIGHT TO HEALTH, EXPRESSED IN THE FAILURE TO ENSURE THE SAFETY OF THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES (ON THE EXAMPLE OF JUDICIAL PRACTICE MATERIALS)

The article is devoted to the problems of violation of safety rules in the provision of medical services during the patient's stay at the sanatorium. The author uses the example of a specific court case to consider the extent to which the consumer of the service (the patient in the context of medical law) should exercise caution when providing medical services. The quality of medical services when a citizen is in a sanatorium is studied from two points of view — medical law and the law on consumer protection. The need for medical organizations to strictly comply with the requirements for ensuring patient safety is emphasized.

Keywords: the right to health, moral injury, consumer rights, security

Здоровье — одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение многие блага, возможность пользоваться другими правами (профессией, свободой передвижения и пр.). В Уставе Всемирной организации здравоохранения, здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Такое же понятие здоровья содержится в п. 1 ст. 2 Федерального закона» Об осно-

вах охраны здоровья граждан» №323-ФЗ от 21.11.2011 (далее — ФЗ №323)¹.

Ст. 41 Конституции РФ² определяет: что каждый в Российской Федерации имеет право на здоровье и медицинскую по-

1 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ (в ред. от 08.06.2020) // Собрание законодательства РФ. 2011, №48, ст. 6724.

2 Конституция РФ от 12.12.1993 принята всенародным голосованием // Российская газета 1993 №237 (с изменениями, одобренными входе общероссийского голосования 01.07.2020)

мощь. Качество оказания медицинской помощи презюмируется. Статья 7 Закона «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 (далее — Закон №2300-1)³, одним из основных критериев качества оказания медицинской помощи выделяет — безопасность этой помощи для жизни и здоровья граждан, а также соответствие этой помощи, установленным требованиям и стандартам.

Под качеством оказания медицинской помощи в соответствии с п. 21 ст. 2 ФЗ №323) понимается: «Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения определенного результата». При нарушении указанных требований, наступает гражданско-правовая ответственность медицинского учреждения. Гражданско-правовая ответственность подразделяется на договорную (в случае нарушения исполнителем условий договора, например, не предоставление пациенту предусмотренных договором дополнительных услуг и др.) и внедоговорную (деликтную), которая возникает при наличии обязательств, из причинения вреда.

Как и в любой сфере гражданско-правовых отношений, в области медицинского права обязательства вследствие причинения вреда — это один из основных институтов и форма гражданско-правовой ответственности.

С позиции гражданского законодательства вред может быть моральным, в случае причинения пострадавшему физических или нравственных страданий, либо имущественным — когда лицо, вынуждено нести расходы на восстановление здоровья или нести определенные финансовые потери (утрата заработка, потеря прибыли и пр.).

«С. обратилась с суд с иском к лечебно-оздоровительному учреждению (санаторию) о возмещении вреда здоровью который был ей причинен в санатории после

процедуры «Циркулярный душ» и компенсации морального вреда»⁴. Исковые требования пострадавшей основывались на следующем: С, выходя из душа, поскользнулась, упала, в результате чего у нее возникло растяжение связок колена, которое привело к травме и длительному восстановлению здоровья. Ответчик — санаторий иск не признал, ссылаясь на то обстоятельство, что услуга С. была оказана надлежащим образом, а именно: процедура проводилась по всем требованиям ГОСТ и техники безопасности: стены и пол душевой кабины и кабинки для переодеваний облицованы матовой плиткой, на полу лежали противоскользящие коврики, имелся металлический поручень, за который нужно держаться во время душа.

По мнению ответчика, полученная травма является исключительно результатом грубой неосторожности истца, кроме того у истца имелась сопутствующая патология: в 2009 году перелом голени. Ненадлежащего оказания услуг со стороны санатория, по мнению ответчика не выявлено.

Суд исковые требования С. удовлетворил: взыскал с ответчика расходы на лечение и компенсацию морального вреда. Доводы суда основывались на следующем: в соответствии со ст. 7 Закона РФ №2300-1 потребитель имеет право на то, чтобы товар (услуга) при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки, и утилизации был безопасен для жизни, здоровья потребителя, окружающей среды, а также не причинял вред имуществу потребителя. Согласно ст. 13 указанного закона за нарушение прав потребителей продавец (исполнитель) несет ответственность, предусмотренную законом или договором⁵.

Кроме того, по мнению суда, вред, причиненный личности или имуществу

4 Архив Дзержинского районного суда г. Перми. Дело №2-4005/2014 // URL: https://dzerjin--perm.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=59640275&case_uid=9a693e7c-794a-4b8e-96c4-14d147fia9d1&delo_id=1540005 (дата обращения 08.06.2020)

3 Закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 (в ред. от 24.04.2020) // Собрание законодательства РФ. 1992, №17, ст. 1230.

5 Закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 (в ред. от 24.04.2020) // Собрание законодательства РФ. 1992, №17, ст.1230.

гражданина, в соответствии со ст. 1064 Гражданского кодекса РФ⁶, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Также подлежит взысканию моральный вред, поскольку согласно ст. 15 Закона РФ №2300-1 моральный вред подлежит взысканию с причинителя вреда при наличии его вины⁷.

Думается, что выводы суда являются обоснованными, поскольку в ходе судебного разбирательства было установлено, что, несмотря на проведение самой процедуры «Циркулярный душ» с соблюдением требований ГОСТ и техники безопасности, санаторием не были обеспечены должные меры безопасности после получения данной процедуры (все помещение не было обеспечено половым покрытием, резиновые коврики были проложены только к душам, в самой кабинке для переодевания коврик не было, чтобы достать полотенце С. сошла с ковриков босыми ногами, поскользнулась на влажном полу и упала), также С. не была письменно проинструктирована о порядке прохождения данной процедуры, об обязательном наличии тапочек, то есть по мнению суда, санаторием нарушены положения ст. 8-11 Закона РФ №2300-1, а также положения ст. 20 ФЗ №323, а именно: не предоставлена полная и достоверная информация об оказываемой услуге и о всех возможных последствиях и рисках, что является грубым нарушением прав пациента⁸. Думается, что санаторию при оказании услуги необходимо было также учитывать возраст и состояние

здоровья пациентки: 76 лет, инвалид II группы, и индивидуальные особенности потерпевшей: заболевание опорно-двигательного аппарата и другое.

Таким образом, считаю, что в данной ситуации, отсутствует грубая неосторожность гражданки С., поскольку обеспечение безопасности при оказании услуги (как при ее проведении, так и непосредственно после процедуры) относится к обязанности исполнителя услуги.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что в результате необеспечения санаторием безопасности при оказании медицинской услуги было нарушено личное неимущественное право С. на здоровье, выразившееся в причинении вреда здоровью, в связи с чем у санатория возникла обязанность по компенсации морального вреда и расходов на ее лечение.

В заключении, в целях исключения подобных ситуаций, хотелось бы рекомендовать лечебно-профилактическим и санаторно-курортным учреждениям как при оказании лечебных услуг, так и непосредственно после их проведения, знакомить каждого пациента под роспись, с правилами прохождения процедуры, обеспечивать пациентов необходимыми принадлежностями, учитывать индивидуальные особенности пациентов и др. В противном случае, при возникновении подобных ситуаций виновным всегда окажется лечебное учреждение, причем не имеет значения причинен ли вред жизни или здоровью пациента, или нет, поскольку даже сам факт не предоставления информации об оказываемой услуге может повлечь за собой компенсацию морального вреда, а это автоматически влечет за собой взыскание всех расходов на лечение.

6 Гражданский кодекс РФ ч. 2 от 26.01.1996г. №14-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 1996, №50, ст. 410.

7 Закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 (в ред. от 24.04.2020) // Собрание законодательства РФ, 1992, №17, ст.1230.

8 Там же.

Об авторе:

Лавочкина Наталья Владимировна — старший преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации; директор юридической фирмы ООО «ПТК»; арбитражный управляющий, Пермь, lavnato7@mail.ru

Natalia Vladimirovna Lavochkina — Senior Lecturer, Department of LAW, E.A. Vagner Perm State Medical University; Director of the LAW firm PTK; Arbitration manager, Perm

© Лавочкина Н.В., 2020

Для цитирования:

Лавочкина Н.В. Нарушение личного неимущественного права на здоровье, выразившееся в необеспечении безопасности оказания медицинской услуги (на примере материалов судебной практики) // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 73-76.

For citation:

Lavochkina N.V. Violation of the personal non-property right to health, expressed in the failure to ensure the safety of the provision of medical services (on the example of judicial practice materials) // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 73-76.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 26.06.2020 г.

Сигуа Б.В., Земляной В.П., Латария Э.Л., Захаров Е.А., Ли К.А.

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРМИНА «ЯТРОГЕНИЯ»

Усилением правовых тенденций в современном обществе, а также повышением требований к качеству оказываемой медицинской помощи продиктована необходимость в формировании однозначной трактовки терминов, используемых для оценки действий медицинских работников. Одним из таких терминов является ятрогения. В статье отражена эволюция данного понятия, продемонстрирована значительная неоднородность в определениях.

Ключевые слова: медицинское право, качество оказания медицинской помощи, безопасность, ятрогения

Badri Sigua, Vyacheslav Zemlyanoy, Elgudja Lataria, Evgeny Zakharov, Kristina Lee

EVOLUTION OF THE TERM «IATROGENIA»

Strengthening legal trends in modern society, as well as increasing requirements for the quality of medical care provided, dictated the need to form an unambiguous interpretation of the terms used to assess the actions of medical workers. One of these terms is iatrogeny. The article reflects the evolution of this concept, demonstrates significant heterogeneity in definitions.

Keywords: medical law, quality of medical care, safety, iatrogenia

Активный прогресс медицины и усиление правовых тенденций в современном обществе приводят к тому, что ранее подразумевавшиеся под ятрогией неверные действия врача или их ошибочное истолкование больными, требуют однозначной трактовки и четкого понятийного аппарата. Вопросы, касающиеся ятрогении занимают значимое место как в связи с повышенными требованиями больных к качеству оказываемой помощи, так и в экспертно-правовых аспектах при неблагоприятных исходах [1].

Дефиниции ятрогении

Если обратиться к истории медицины, то с самого её зарождения становится понятно, что эффект от взаимодействия врача и пациента может носить для последнего не только положительный характер. Например, первый президент США Джордж Вашингтон, философ Рене Декарт, художник Рафаэль Санти, композитор В.А. Моцарт стали жертвой такого метода лечения, как кровопускание.

Причиной тому стало господствующее в те времена заблуждение, что многие болезни вызваны избытком крови, высказанное еще Галеном, авторитет которого был непререкаем. С развитием медицины стало ясно, что любой метод лечения, даже при адекватном применении, имеет те или иные осложнения [3]

Однако изучение понятия «ятрогения» началось только в начале XX-го века. Термин ятрогения впервые был применен немецким психиатром Освальдом Бумке. Он обратил внимание, что неправильное поведение со стороны докторов и медперсонала негативно влияет на психическое состояние пациентов, назвав подобные последствия «иатрогенными повреждениями» [14]. Тем самым он первым ввел в медицинскую практику термин ятрогения, который широко начал применяться в то время в практике психиатров и неврологов, а далее распространился во все сферы медицинской деятельности. В более поздних работах данное понятие получает более широкое толкование [3]. Например,

в Оксфордском словаре английского языка (1976) и Энциклопедическом словаре Вебстера (1989) при определении понятия ятрогении уже отмечается, что слова и действия врача могут повлечь не только психический, но и физический вред здоровью пациента [16, 17]. В отечественной литературе трактовка термина «ятрогения» традиционно производится по Большой медицинской энциклопедии (1977), где ятрогения (от гр. *iatros* — врач + *genes* — порождать) описывается как психогенное расстройство, возникшее вследствие деонтологических ошибок врачей, медицинских работников. Практически аналогичные определения даются в Энциклопедическом словаре медицинских терминов (1982), Кратком словаре современных понятий и терминов (1991), а также Большом энциклопедическом словаре (1991). Таким образом на данном этапе эволюции понятия ятрогения в большинстве источников внимание заострялось преимущественно на психическом здоровье пациентов и последствиях для него [3].

Стоит отметить, что в тоже время некоторые авторы, анализируя клиническую практику, допускали более широкую трактовку понятия ятрогения. Так, ятрогенными заболеваниями И.А. Кассирский (1970) считал функциональные и органические заболевания, причиной которым послужило влияние или действия врачей, самой медицины в целом, или личностные качества пациента. Он также высказывался об ошибках как о неизбежных и печальных издержках врачебной деятельности. Считал, что трагизм подобных неудач по своей диалектике учит и способствует предотвращению подобного в последующем [7]. Долецкий С.Я. (1991) и А.П. Зильбер (2008) одинаково утверждают, что ятрогенные поражения — это бессознательные или неизбежные повреждения функции или структуры организма, вызванное медицинскими действиями и бездействием при всех видах медицинского вмешательства (профилактические, диагностические, лечебные) [4, 5].

В настоящее время проблема ятрогении стремительно набирает обороты в связи со

значительным количеством людей, получающих лечение и испытывающих сопутствующий побочный эффект. Учитывая её широкую распространенность, а также обширный диапазон ятрогенных событий, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в международной классификации болезней (МКБ), начиная с 8-го пересмотра приводит свою дефиницию ятрогении. В МКБ-10: «Ятрогения — это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидности или даже смерти; осложнения медицинских мероприятий, развивающиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача» [3].

Стоит отметить, что в зарубежной практике более широко применяется собирательные термин неблагоприятные последствия лечения (НЛП), частным случаем которого является ятрогения. НЛП имеет несколько базовых понятий, не имеющих аналогов в российском здравоохранении, к ним относятся:

1. Adverse event — АЕ или неблагоприятные последствия лечения. Понятие включает в себя осложнения при диагностических мероприятиях, при введении лекарственных средств и у пациентов, вынужденно длительно иммобилизованных.
2. Advers reaction — AR; Side effect — SE или побочный эффект. В данную группу осложнений включают нежелательные эффекты, которые входят в спектр фармакологической активности препарата при диагностике или фармакотерапии, при условии выполнения их в соответствии с требованиями, указанными в действующих стандартах.
3. Medical error — МЕ или врачебная ошибка — недобросовестное действие или бездействие врача, которые субъективно можно охарактеризовать как профессиональная небрежность [3].

При этом хотелось бы отметить, что самым дискуссионным в современном

обществе стали такие понятия, как врачебная ошибка и дефект оказания медицинской помощи (ДМП). В судебно-медицинской и юридической практике широко используется термин «дефект медицинской помощи» (ДМП). Под ДМП понимается нанесение вреда здоровью человека, полученного вследствие оказания ему медицинской помощи [12]. Под термином же «врачебная ошибка», по мнению академика Давыдовского И.В., необходимо рассматривать добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача [2].

Отношение общества к проблеме ятрогении и врачебным ошибкам

Отношение к врачебным ошибкам было неоднозначным с самого зарождения искусства врачевания, во многом завися от культуры и уклада общества. В одних цивилизациях, таких как Древняя Греция и Древний Рим врач полностью освобождался от ответственности за допущенные профессиональные ошибки. В других же, например, таких как Древняя Индия, врачам назначался штраф за неправильное лечение, согласно законам Ману. Размеры назначаемого штрафа зависели от объема нанесенного вреда. Наиболее строго карались неудачи врачей на Руси, где врачебная ошибка могла стоить жизни лекарю. Первые попытки законодательно регулировать врачебную деятельность в Российском государстве связаны с появлением «Судебника» (1497 год) и «Боярского приговора» (1571 год) [9, 12]. Административным органом, управляющим деятельностью медиков в то время был Аптекарский приказ, созданный в 1581 году. Следующие реформы, регулирующие оказание медицинской помощи, были осуществлены в период царствования Петра I. Им был принят целый ряд нормативно-правых актов таких, как Боярский приговор «О наказании незнающих медицинских наук, и по невежеству

в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным», Воинский и Морской Уставы от 1716 и 1720 года, Указ Петра I от 14.08.1721 г. «Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской коллегии, о вспоможении приискивающим медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталям». Данные законы регламентировали практически все стороны профессиональной деятельности врачей того времени. Последней вехой в развитие медицинского законодательства в дореволюционной России стало появление Врачебного Устава, вошедшего в XIII том Свода законов Российской империи от 1857 года. На основании этого закона медики были отнесены к должностным лицам и должны были нести ответственность за преступления, связанные со своей профессиональной деятельностью [9, 12].

Стоит отметить, что в последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества дефектов медицинской помощи. По данным ряда авторов в Российской Федерации наблюдается стабильный рост претензий к медицинским организациям в отношении качества лечения [11]. Учитывая отсутствие в российском законодательстве понятия «врачебная ошибка» для примерной оценки происходящего в сфере здравоохранения требуется обратиться к данным, представленным ВОЗ и свидетельствующим о том, что в мире медицинская помощь оказывается недостаточной или неэффективной в 23% случаев оказания, а практически в 1% пациентов наносится вред здоровью той или иной степени тяжести [8]. Также, по данным ВОЗ, в разных странах мира риск стать жертвой врачебной ошибки при оказании медицинской помощи в среднем составляет 1:10, а риск умереть — примерно 1:300. Распространение явления ятрогении стимулировало ВОЗ к созданию «Всемирного альянса по безопасности пациентов» в 2004 году. Также в некоторых странах были учреждены соответствующие национальные структуры, например American Iatrogenic Association в США.

Стоит отметить, что одной из отрицательных реакций внимания общества к данной проблеме стало появление такого явления, как тактика «оборонительной медицины». С целью уменьшения риска судебного преследования врачи стали предпочитать расширять диагностические мероприятия, увеличилось число консилиумов и консультаций с целью разделения ответственности; возросло количество отказов под самыми различными предлогами от ведения тяжелых больных, использование наиболее простых и безопасных, но не всегда достаточно эффективных (радикальных) методик операций и др. Также одной из черт данной тактики является ставшее во много первостепенным в лечении пациентов скрупулезное заполнение огромного количества медицинской документации [12]. Значительным фактом также является традиционное для публикации материалов в медицинской среде освещение, в основном, достижений. Публикации с негативными

исходами лечения встречаются редко и по мнению И.В. Федорова и соавторов, врачи во все времена не стремятся афишировать неудачи в своей практике [13].

Заключение

Таким образом:

1. Несмотря на практически столетнюю историю развития термина, в настоящее время в мире понятие «ятрогенения» не является унифицированным. В литературе существует более полусотни определений, понятий и признаков ятрогении.

2. Учитывая всевозрастающее внимание общества, а также органов исполнительной власти к профессиональной деятельности врачей, отсутствие окончательно признанной всем медицинским сообществом категории, которая может охарактеризовать некачественное, неполноценное оказание медицинской помощи, требуется дальнейшее изучение данной проблемы, совершенствование понятийного аппарата.

Список литературы:

1. Божченко А.П., Якушев В.В. Современные подходы к использованию термина «ятрогенения» // Судебная экспертиза: прошлое, настоящее и взгляд в будущее Материалы международной научно-практической конференции. СПб., 2018. С. 42-44.
2. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Сов. медицина. 1941. №3. С. 3-10.
3. Дворецкий Л.И. Путешествие в страну ятрогенения // Архивъ внутренней медицины. 2017. №1. С. 23-29.
4. Долецкий С.Я. Ятрогенения в хирургии // Мат. науч. конф. «Ятрогенные болезни и повреждения». Махачкала. 1991. С. 14-18.
5. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики // М.: МЕДпресс-информ, 2008. 848 с.
6. Ибатулина, Ю.Ф. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками и врачебная ошибка: уголовно-правовой аспект // Российский следователь. 2010. №1. С. 24.
7. Кассирский И.А. Об иатрогенных заболеваниях // Труды I Всесоюзной конференции по проблеме медицинской деонтологии. М. 1970. С.55-64.
8. Краснопеева М.К. Современные врачебные ошибки, статистика летальных исходов в России // Проблемы современной науки и образования. 2017. №34 (116). С. 78-80.
9. Куранов В.Г. Развитие медицинского законодательства в России в дореволюционный период // Пермский медицинский журнал. 2013. №5 (30). С. 136-142.
10. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи // Москва; Иваново. 2001. 201 с.
11. Улезько С.И. Понятие ятрогенных преступлений // Общество и право. 2018. №2 (64). С. 46-51.
12. Унгуриян В.М. Манипуляционные ятрогении в абдоминальной хирургии // СПб.: ООО Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2015. 96 с.

13. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. // Эндоскопическая хирургия. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2001. 352 с.
14. Bumke, O.C.E. Der Arzt als Ursache seelischer Störungen / O.C.E. Bumke // Deutsche Med. Woch. 1925. Bd. 51, H. 1. S. 3.
15. Going into hospital far riskier than flying: WHO // URL: <https://www.reuters.com/article/us-safety-idUSTRE76K45R20110721> (дата обращения: 15.05.2020)
16. Oxford English Dictionary, sixth editions // Oxford, 1976. 2832 p.
17. Webster's Encyclopedic Dictionary // N. Y.: Portland House, 1989. 2080 p.

Об авторах:

Сигуа Бадри Валериевич — профессор кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова Минздрава России, доктор медицинских наук, Санкт-Петербург, dr.sigua@gmail.com

Земляной Вячеслав Петрович — заведующий кафедрой факультетской хирургии им. И.И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург, zeml.spb@mail.ru

Латария Элгуджа Лаврентьевич — доцент кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова, проректор по клинической работе Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург

Захаров Евгений Алексеевич — соискатель кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, dr.zakharovea@gmail.com

Ли Кристина Александровна — клинический ординатор кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Badri Valerievich Sigua — professor of the Department of Faculty Surgery named after I.I. Grekova North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, doctor of science, St. Petersburg

Vyacheslav Petrovich Zemlyanoy — Head of the Department of Faculty Surgery named after I.I. Grekova North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, doctor of science, professor, St. Petersburg

Elgudja Lavrentievich Latariya — Associate Professor of faculty surgery department named after I.I. Grekov, Vice-Rector to Clinical Work, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, PhD, St. Petersburg

Evgeny Alexeevich Zakharov — applicant of the Department of Faculty Surgery named after I.I. Grekova North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

Kristina Alexandrovna Li — clinical resident of the Department of Faculty Surgery named after I.I. Grekova North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

Для цитирования:

Сигуа Б.В., Земляной В.П., Латария Э.Л., Захаров Е.А., Ли К.А. Эволюция термина «ятрогения» // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 77-82.

For citation:

Sigua B.V., Zemlyanoy V.P., Lataria E.L., Zakharov E.A., Lee K.A. Evolution of the term «iatrogenia» // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 77-82.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 18.06.2020 г.

Старченко А.А.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: КУДА ВЕДУТ БЛАГИЕ НАМЕРЕНИЯ?

Рассматриваемые в течение года поправки в законодательство об экспертизе качества медицинской помощи и экспертизе в системе ОМС несут серьезные риски для выгодоприобретателей-пациентов и экспертов системы обязательного медицинского страхования. В статье проведен анализ предложенных изменений на предмет соответствия Конституции РФ и защиты прав пациентов при получении медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Проанализированы правовые последствия при передаче полномочий по проведению экспертизы качества медицинской помощи Министерству здравоохранения РФ и механизмы защиты прав эксперта качества.

Ключевые слова: врач-эксперт, экспертиза, качество медицинской помощи, независимая медицинская экспертиза, обязательное медицинское страхование, права пациентов

Alexey Starchenko

QUALITY CONTROL OF MEDICAL CARE IN THE SYSTEM OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE: WHERE DO GOOD INTENTIONS LEAD?

The amendments to the legislation on the expert of the quality of medical care and expertise in the compulsory medical insurance system, considered during the year, carry serious risks for the beneficiary patients and experts of the compulsory health insurance system. The article analyzes the proposed changes for compliance with the Constitution of the Russian Federation and the protection of patients' rights when receiving medical care in the compulsory health insurance system.

The article analyzes the legal implications for the transfer of authority to conduct an examination of the quality of medical care to the Ministry of Health of the Russian Federation and the mechanisms for protecting the rights of a quality expert.

Keywords: expert doctor, examination of the quality of medical care, independent medical examination, compulsory medical insurance, patients' rights

Комитет Госдумы по охране здоровья обсудил поправки в законодательство, которые касаются проведения экспертизы качества медицинской помощи. Рабочей группе Комитета по правовой защите медицинских работников представили канувший в лета законопроект об экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе и независимой экспертизе медицинской

документации пациента, осуществляемой медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. По словам помощника генерального директора Национального института качества Росздравнадзора Н.О. Матыцина предлагается свести к одному институту экспертизу качества медицинской помощи в системе ОМС и вне таковой — в системе Росздравнадзора и привести под

один ранжир всех экспертов системы ОМС в федеральный регистр Минздрава России или Росздравнадзора с правом последних на исключение эксперта из регистра за нарушение требований проведения экспертизы или дачу ложного заключения.

Систему ОМС: ее реальных экспертов качества медпомощи и выгодоприобретателей-пациентов опять пытаются под благовидным предлогом лишить ряда уже имеющих прав, что, как известно, запрещено частью второй статьи 55 действующей Конституции РФ: «2. В Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина».

Первоначально на Федеральном портале проектов НПА 18.01.2019 уже был размещен проект ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» в части совершенствования экспертизы качества медицинской помощи» — проект федерального закона о новеллах «в части совершенствования экспертизы качества медицинской помощи». Читая законопроект, возникает мысль, что руководители медицинских организаций никак не могут «покончить» с опостылевшей им независимой медэкспертизой в системе ОМС и предлагают ее умалить через одно из чувствительных зон — кадровую: исчезнут эксперты системы ОМС, исчезнет и сама экспертиза. И вот к ним предлагается вернуться.

Насколько же эти предложения удовлетворяют запросу пациентов — в существующей системе ОМС, являющихся ее выгодоприобретателями?

«Статья 901. Экспертиза качества медицинской помощи.

1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом (экспертами) качества медицинской помощи в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, с учетом критериев оценки качества медицинской помощи.

3. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности и в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, осуществляемого в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

4. Экспертом качества медицинской помощи может быть лицо, имеющее медицинское или иное образование, сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста, стаж работы по соответствующей специальности не менее 10 лет, осуществляющее трудовую деятельность по этой специальности, прошедшее подготовку по вопросам проведения экспертизы качества медицинской помощи, и аккредитованное для проведения экспертизы качества медицинской помощи по определенной специальности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи, и форма заключения эксперта по результатам экспертизы качества медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

6. Оплата услуг экспертов качества медицинской помощи производится в порядке и в размерах, установленных Правительством РФ.

7. Эксперты качества медицинской помощи несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

Статья 902. Единый федеральный регистр экспертов качества медицинской помощи.

1. Сведения об экспертах качества медицинской помощи включаются в единый федеральный регистр экспертов качества медицинской помощи (далее — регистр экспертов), который формируется и ведется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в установленном им порядке.

2. Регистр экспертов содержит следующие сведения в отношении эксперта качества медицинской помощи: 1) фамилия, имя, отчество; 2) данные документа, удостоверяющего личность; 3) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии); 4) сведения об образовании; 5) стаж работы по специальности; 6) данные о сертификате специалиста или аккредитации специалиста; 7) специальность, по которой аккредитован эксперт качества медицинской помощи; 8) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, с которой заключен трудовой договор; 9) занимаемая должность в организации, осуществляющей медицинскую деятельность; 10) иные сведения, определяемые Правительством РФ.

Таким образом, Федеральный фонд ОМС лишается полномочий по регулированию порядка проведения экспертизы качества медицинской помощи ЭКМП в системе ОМС. Эти полномочия передаются в Минздрав России. Данная новация противоречит здравому смыслу о необходимости формирования сдержек и противовесов в любом законодательстве: ФФОМС, не являясь органом исполнительной власти, не вправе был вмешиваться в каждую конкретную экспертизу в системе ОМС, передача экспертизы в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения ликвидирует эту систему сдержек и противовесов, т.к. все медработники, как потенциальные причинители вреда жизни и здоровью пациентов, находятся в ведении Минздрава РФ (реестр врачей), налицо — конфликт интересов не в пользу пациентов, получающих медицинскую помощь ненадлежащего качества. В этом смысле целесообразнее передать экспертизу и реестр экспертов КМП в юрисдикцию Минюста РФ и его ФБУ «Российский федеральный центр судебной экспертизы», как органа, не определяющего политику в сфере здравоохранения, а исключительно заинтересованного в справедливом балансе прав и законных интересов пациентов и медработников.

Передача ЭКМП и экспертов в ведение органа исполнительной власти в сфере

здравоохранения приведет к ряду негативных последствий для системы ОМС в существующем ныне виде:

1. количество экспертов в Реестре значительно уменьшится, т.к. возникает обязательное требование о наличии у эксперта трудового договора эксперта с медицинской организацией, т.к. время на проведение ЭКМП таким работающим экспертом в его рабочее время существенно нивелируется;

2. уже в сложившейся на сегодняшний день заявительной модели число экспертов, реально выполняющих экспертизу крайне низко, введение разрешительной аккредитации в Минздраве РФ создаст антимотивацию получать статус эксперта. Если же Минздрав России «спустит» эту функцию на органы управления здравоохранением субъектов РФ (что очень сомнительно), то эксперты, проявляющие независимую принципиальность при выполнении экспертизы будут в ближайшей перспективе исключены из этого реестра, как неблагонадежные; если же Минздрав России рассчитывает пополнить Реестр экспертов КМП кооптацией всех главных внештатных специалистов субъектов РФ, то независимость экспертизы будет утрачена, т.к. у главного специалиста имеется конфликт интересов: высечь себя самого за ненадлежащее качество медицинской помощи, оказываемое пациентом вверенной ему службой?

3. введение критериев расторжения договора с СМО на основе нормирования числа ЭКМП в условиях передачи экспертизы и экспертов в юрисдикцию Минздрава России приведет к массовому разрыву договоров с СМО, т.к. СМО таковой передачей юрисдикции лишается управления при организации ЭКМП, т.к. попадает в полную зависимость от желаний эксперта выполнять экспертизу, оформлять документы экспертизы соблюдать сроки документооборота, посещать проверяемые медорганизации в свое рабочее время, при неопределенной в настоящее время стоимости ЭКМП;

4. обязанность наличия трудового договора у эксперта с медорганизацией и обнародование данного места работы экс-

перта приведет к утрате экспертом независимости, обязательно появится соблазн руководителя проверяемой экспертом медицинской организации связаться с руководителем работодателя эксперта и «решить вопрос» иными методами;

5. результаты ЭКМП будут носить не объективный характер, формирование отчетов по ним будет крайне затруднено для СМО и ТФОМС;

6. существующая система возложения материальной штрафной ответственности за качество ЭКМП на СМО при отсутствии сколь-нибудь значимой ответственности эксперта приведет к полной потере объективности результатов ЭКМП.

Все это создаст серьезные предпосылки для исчезновения СМО из юрисдикции законодательства об ОМС.

В течение последних 20 лет критики здравоохранения справедливо указывали:

- подчинение патологоанатома, обязанного указать в протоколе вскрытия трупа дефекты медицинской помощи, главному врачу медорганизации лишает пациентов права на справедливость и возмещение вреда;
- подчинение руководителя бюро судебно-медицинской экспертизы руководителю органа управления здравоохранением, которому подчинен и главный врач медорганизации, проверяемой судмедэкспертом, также лишает пациентов права на справедливость и возмещение вреда.

Важнейшая неразрешенная проблема законопроекта — исключение эксперта из регистра за нарушение требований проведения экспертизы или дачу ложного заключения. Наличие такого права у чиновника — это полное отсутствие защиты прав эксперта. Исключение из федерального регистра — пожизненный компромат на бывшего эксперта, его пожизненное репутационное поражение, которое может быть использовано против него в любое время любой инстанцией, организацией или субъектом. Наличие такой нормы приведет к массовым отказам принципиальных экспертов от участия в этом проекте, т.к. чиновник всегда может свести счеты с таким

экспертом, в регистр войдут исключительно «послушные» эксперты, который будут выполнять волю чиновников от здравоохранения. Это приведет к прекращению действенной защиты прав пациентов и утрате справедливости в сфере здравоохранения.

Введение нормы об исключении эксперта из федерального регистра должно сопровождаться нормой о защите их прав, т.е. создании профессиональной медицинской ассоциации экспертов, которой и должно быть даны права:

1. на исправление непрофессиональных выводов эксперта;
2. на временное исключение эксперта из регистра с правом эксперта обжаловать такое решение в суде;
3. поддержание решения о постоянном исключении в судебных инстанциях.

Решение о временном исключении эксперта должно ассоциацией доводиться до всех заинтересованных сторон (СМО, ТФОМС) с целью принятия ими решения о дальнейшем привлечении или непривлечении этого эксперта к экспертной деятельности после восстановления его в регистре. Таким образом, исключается пожизненное исключение из регистра, как фактор стигматизации эксперта, но дается право заинтересованным сторонам более не привлекать его в качестве эксперта в своей экспертной деятельности.

Закон РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указанным законопроектом дополняется новой статьей 76¹:

«Статья 76¹. Независимая экспертиза медицинской документации пациента, осуществляемая медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

1. По заявлению гражданина (его законного представителя) или медицинской организации проводится независимая экспертиза медицинской документации пациента в целях оценки качества оказанной ему медицинской помощи в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, а также в целях установления возможной причинно-следственной связи между результатами оказанной пациенту медицинской помощи и состоянием его здоровья.

2. Экспертиза медицинской документации пациента признается независимой, если проводящий ее эксперт не находится в служебной или иной зависимости от медицинской организации, оказывавшей медицинскую помощь, а также от органов, организаций, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы медицинской документации пациента.

3. Независимая экспертиза медицинской документации пациента осуществляется за счет личных средств граждан (их законных представителей) или за счет средств иных физических или юридических лиц.

4. Независимая экспертиза медицинской документации пациента проводится медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, указанными в части 3 статьи 76 настоящего Федерального закона, их ассоциациями (союзами), указанными в части 5 статьи 76 настоящего Федерального закона, в соответствии с устанавливаемыми ассоциацией (союзом) медицинских профессиональных некоммерческих организаций правилами, которыми определяются состав, последовательность и сроки выполнения действий и процедур, проводимых при осуществлении независимой экспертизы медицинской документации пациента, а также требования к экспертам, проводящим данную экспертизу».

Данный законопроект имеет несколько существенных недостатков, связанных с противоречиями с действующим законодательством:

1. Из законопроекта следует, что независимая экспертиза может быть только в отношении медицинской документации, а все иные виды экспертиз, предусмотренные законодательством, не являются независимыми: судебно-медицинская, экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС, экспертиза качества Росздравнадзора — все они проводятся также с использованием медицинской документации на имя конкретного пациента, но не являются независимыми.

Таким образом, все виды экспертиз, предусмотренные действующим законода-

тельством, данным законопроектом объявляются нелегитимными, т.к. не отвечают главному потребительному признаку — независимость, а, следовательно, и объективность. Кто может выступить заказчиком независимой, т.е. необъективной экспертизы? Только — коррупционер, следовательно, предложение законопроекта — прокоррупционно.

2. Из законопроекта следует, что независимая экспертиза может быть выполнена исключительно одной структурой — профессиональной организацией медицинских работников или их ассоциацией. Налицо — уклон в защиту одной из сторон возможного конфликта — стороны медицинских работников. В настоящее время эта модель уже предусмотрена действующим законодательством: пациент обращается в медорганизацию с жалобой, врачебная комиссия в составе медработников обязана провести экспертизу меддокументации и ответить на претензию. Аналогично — по обращению пациента в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения назначается комиссия медработников в рамках ведомственной экспертизы меддокументации.

Уставные цели всех профессиональных организаций медицинских работников или их ассоциаций содержат обязательство защищать во всех инстанциях медицинских работников, что противоречит принципу независимости и объективности.

К примеру, Устав Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» от 21.12.2009 года с изм. от 22.05.2015 г.:

«2.1. Основной целью Палаты является содействие членам Палаты в осуществлении деятельности, направленной на объединение всего медицинского сообщества для: 2.1.2. создания системы правовой и юридической защиты медицинских работников и медицинских организаций, регулирования этических аспектов деятельности медицинских работников при обращении с пациентами, юридическими лицами и иными субъектами профессиональных отношений;

2.4. Цель деятельности Палаты по созданию системы юридической защиты медицинских работников достигается путем

решения следующих основных задач: ...

2.4.2. представление и защита прав и законных интересов членов Палаты, а также физических и юридических лиц, являющихся членами медицинских территориальных некоммерческих организаций и медицинских профессиональных некоммерческих организаций — членов Палаты, в органах государственной и муниципальной власти, судебных органах, в том числе в интересах неопределенного круга лиц;

2.5. Цель деятельности Палаты по представлению интересов медицинского сообщества перед государством и обществом достигается путем решения следующих основных задач: ... 2.5.2. взаимодействие с органами законодательной, исполнительной и судебной власти на всех уровнях власти по вопросам обеспечения прав лиц, осуществляющих свою деятельность в сфере здравоохранения».

Интересы пациента при этом входят в неустранимое противоречие с уставными целями профессиональных организаций медицинских работников или их ассоциаций.

3. Законопроект предоставляет не только монополию профессиональной организации медицинских работников или их ассоциации, но устанавливает право профессиональной организации медицинских работников или их ассоциации определять все существенные условия и требования к экспертизе при полном отсутствии перечисления гарантий качества экспертизы, контрольных органов и прав пациента — все отдано на откуп общественной организации: состав, последовательность и сроки выполнения действий и процедур, проводимых при осуществлении независимой экспертизы медицинской документации пациента, а также требования к экспертам, проводящим данную экспертизу. В законопроекте отсутствуют нормы по контролю за процедурой и выводами независимой экспертизы, не определен орган контроля, не установлена ответственность ни экспертов, ни самой организации медицинских работников за нарушение прав граждан при выполнении независимой экспертизы и заведомо ложные выводы.

Таким образом, налицо серьезный уклон законопроекта в защиту одной из сторон конфликта — медицинского работника при умалении прав и законных интересов слабой стороны — пациента.

4. Введение законопроектом ограничения права слабой стороны — пациента на независимую экспертизу в форме ее оплаты из личных средств представляет собой запрещенную конституцией РФ дискриминацию по имущественному признаку. Тарифы на экспертизу не подлежат какому-либо нормированию и регулированию, что является признаком предпринимательской деятельности, дороговизне и, в конечном итоге, к неуклонному их росту, а также доступности только состоятельным пациентам.

Предлагаемый законопроект не соответствует части 2 статьи 19 Конституции РФ, т.к. вводит запрещенную Конституцией РФ дискриминацию гражданина-пациента по имущественному признаку («2. Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности»): если пациент не имеет денежных средств, то он и не вправе обратиться за независимой медицинской экспертизой. Другие виды экспертиз при этом доступны пациенту, не располагающему денежными средствами, поэтому не являются конституционно дискриминационными по имущественному признаку:

- экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС выполняется бесплатно для пациента;
- экспертиза качества в рамках государственного контроля безопасности медицинской деятельности выполняется бесплатно для пациента-заявителя;
- судебно-медицинская экспертиза в соответствии с УПК РФ выполняется за счет средств бюджета в рамках дослед-

ственной проверки или возбужденного уголовного дела;

- судебно-медицинская экспертиза в соответствии с ГПК РФ может выполняться за счет средств бюджета по ходатайству пациента, не располагающего соответствующими денежными средствами, и определению суда.

5. Законопроект вводит право, а не обязанность по обращению гражданина профессиональной организации медицинских работников или их ассоциации на проведение независимой экспертизы, т.е. умаляет право слабой стороны — «скандального», с точки зрения медработников, пациента на получение результатов: ему может быть отказано в проведении экспертизы без объяснения причин. В законопроекте отсутствуют нормы обязательств общественной организации медработников по выполнению независимой экспертизы, которые она выполняет по собственному усмотрению и желанию вне зависимости от потребности пациентского сообщества.

6. Законопроект умаляет равноправие сторон в суде: независимой экспертизой законопроектом признается только экспертиза, выполненная по собственному усмотрению профессиональной организацией медработников, тогда как заключения других видов экспертиз, поступивших в суд, не соответствуют этому требованию по принципу независимости, нарушит требования процессуального законодательства об отсутствии заранее предустановленной значимости доказательств.

Таким образом, нам предлагают провальные новации: 1) монопольно «независимая» медицинская экспертиза в интересах одной стороны — медработников за деньги пациента; 2) передача экспертизы качества медпомощи в юрисдикцию органов управления здравоохранением.

Как долго мы будем создавать модели псевдосправедливости в обществе по принципу «рука руку моет» вместо принципа «рука об руку» по пути достижения справедливости?

Об авторе:

Старченко Алексей Анатольевич — эксперт качества медицинской помощи, президент некоммерческого партнерства «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», профессор, доктор медицинских наук, Москва, medadvokat2@mail.ru

Alexey Anatol'yevich Starchenko — expert on the quality of medical care, President of the non-profit partnership «National Agency for patient safety and independent medical expertise», professor, PhD, Moscow

© Старченко А.А., 2020

Для цитирования:

Старченко А.А. Контроль качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования: куда ведут благие намерения? // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 83-89.

For citation:

Starchenko A.A. Quality control of medical care in the system of compulsory medical insurance: where do good intentions lead? // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 83-89.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 18.06.2020 г.

РАЗДЕЛ IV.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бобровская О.Н., Шелаева Н.С.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВ «НОРОВИРУСНОЙ» ИНФЕКЦИИ, ВСЛЕДСТВИЕ ГРУБОГО НАРУШЕНИЯ УСТАНОВЛЕННЫХ САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ И НОРМ

В настоящее время, несмотря на технический прогресс, кишечные инфекции являются актуальной проблемой, затрагивающей все слои населения, независимо от возраста и социального положения. Роспотребнадзор регулярно представляет неутешительную статистику возрастания случаев наиболее часто встречающихся кишечных инфекций, среди которых «норовирусная» инфекция занимает далеко не последнее место.

В данной статье поднимаются вопросы нарушения установленных санитарных правил и норм, влекущих за собой прямую угрозу жизни и здоровья граждан, что регулярно встречается в разных регионах Российской Федерации.

Предлагается ужесточить контроль за объектами, обеспечивающими питание и водоснабжение в населенных пунктах, а также внести изменения в санитарные правила относительно частоты ежегодных проверок пунктов питания и водоснабжения, установив кратность подобных проверок не реже раза в полугодие.

Ключевые слова: норовирусная инфекция, проблемы, правовое регулирование, риск, заражение, социально-опасные заболевания, отравление

Olga Bobrovskaya, Natalia Shelaeva

CURRENT PROBLEMS OF OCCURRENCE OF FOCI OF NOROVIRUS INFECTION DUE TO GROSS VIOLATIONS OF ESTABLISHED SANITARY RULES AND REGULATIONS

At present, despite technological progress, intestinal infections are an urgent problem that affects all segments of the population, regardless of age and social status. Rospotrebnadzor regularly presents disappointing statistics on the increase in cases of the most common intestinal infections, among which «norovirus» infection is not the last.

This article raises issues of violation of established sanitary rules and regulations, which entail a direct threat to the life and health of citizens, which is regularly found in different regions of the Russian Federation.

It is proposed to tighten control over facilities providing power and water supply in the settlements and to amend sanitary rules relatively frequent annual inspections of food and water, setting the frequency of such inspections at least quarterly.

Keywords: norovirus infection, problems, legal regulation, risks, infection, socially dangerous diseases, poisoning

XXI век — век новшеств и технического прогресса, однако, несмотря на это, люди еще очень подвержены действию различных вирусных инфекций, справиться с которыми мешает, в первую очередь, не отсутствие знаний, а пренебрежительное отношение к санитарным нормам и правилам.

В последнее время все чаще регистрируются вспышки различных инфекций, в первую очередь, кишечных. Не стала исключением и «норовирусная» инфекция, которая может явиться угрозой для здоровья, а иногда и жизни людей, в особенности детей, людей пожилого возраста, а также людей с ослабленным иммунитетом.

Возбудитель «норовирусной» инфекции (род *Norovirus*, типовой штамм — вирус *Norwalk*) очень устойчив в окружающей среде, сохраняет жизнеспособность длительное время (до месяца), в том числе в хлорированной питьевой воде. Инактивируется кипячением или в кислой среде. Чрезвычайно малой инфицирующей дозы, составляющей 10 вирусных частиц, наряду с высокой устойчивостью возбудителя, достаточно для быстрого распространения данной инфекции и развития вспышек. *Caliciviridae*, вирус Норфолк — острых гастроэнтеритов относится к IV группе патогенности. Основной механизм передачи возбудителя — фекально-оральный, реализующийся контактно-бытовым, пищевым (зеленый лук, салат, устрицы, моллюски, клубника, мороженое и т.д.) и водным путем. Определенное значение имеет воздушно-капельный путь передачи *Nv*, содержащийся в аэрозолях, образующихся при рвоте и диарее и загрязняющих окружающие предметы, что также способствует быстрому вовлечению в эпидемический процесс большого количества людей в местах их скопления (больницы, детские сады, детдома, школы, санатории для пожилых людей, места общественного питания, гостиницы, круизные суда, войсковые части и др.) [14].

Заболеемость при «норовирусной» инфекции может иметь спорадический, групповой и вспышечный характер. С середины 90-х годов отмечен рост циркуляции *Nv*. В 2006 г. ВОЗ сообщила о пандемии

Nv-инфекции. В настоящее время в мире ежегодно по различным данным около 200 тыс. детей в возрасте до 5 лет погибают от *Nv*-инфекции.

Подавляющее большинство пациентов выздоравливают, летальные исходы крайне редки, однако этот вирус представляет огромную угрозу для детей дошкольного и младшего школьного возраста [17].

Для наглядности эпидемиологической обстановки в стране, следует привести сравнительную статистику по заболеваемости сальмонеллезом, шигеллезом и «норовирусной» инфекцией, опубликованную Роспотребнадзором за январь - декабрь 2018 года [16].

С начала 2018 года в РФ отмечен рост заболеваемости сальмонеллезом, шигеллезом, менингитом, сибирской язвой, острыми кишечными инфекциями, вызванными установленными бактериальными, вирусными возбудителями, а также пищевыми токсикоинфекциями установленной этиологии в сравнении показателями предыдущего года.

По данным официального сайта Роспотребнадзора: «За 2018 год зафиксировано 33625 случаев заболевания сальмонеллезом (в 2017 — 32 308), 7 739 случаев заболевания шигеллезом (в 2017 — 6 651), 1 027 случаев менингококковой инфекции (в 2017 — 859), 3 случая сибирской язвы (в 2017 — 0), 262 894 случаев острых кишечных инфекций, вызванных установленными бактериальными, вирусными возбудителями, включая пищевые токсикоинфекции установленной этиологии (в 2017 — 251 523)» (см. рис. 1) [12].

Однако, по другим видам кишечных инфекционных заболеваний отмечается отрицательная динамика. Так, в 2018 году, по сравнению с 2017 г., в России наблюдается снижение заболеваемости по брюшному тифу, энтеровирусным инфекциям, острым гепатитам, хроническим гепатитам, бруцеллезу, острым кишечным инфекциям, вызванным неустановленными инфекционными возбудителями, пищевым токсикоинфекциям неустановленной этиологии (см. рис. 2.) [12].

За 2018 год в 2,7 раза снизилась заболеваемость брюшным тифом (в 2018 — 9 слу-

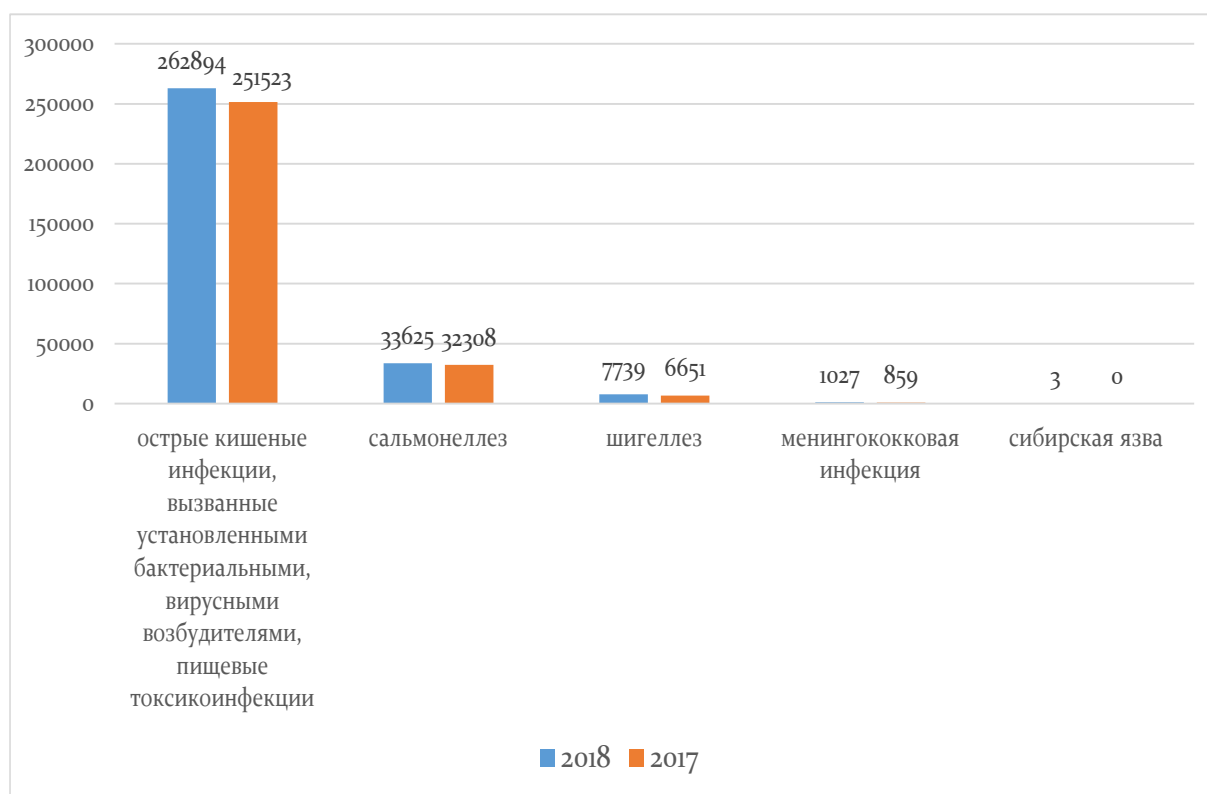


Рисунок 1. Рост заболеваемости кишечными инфекциями установленной этиологии в 2018 году

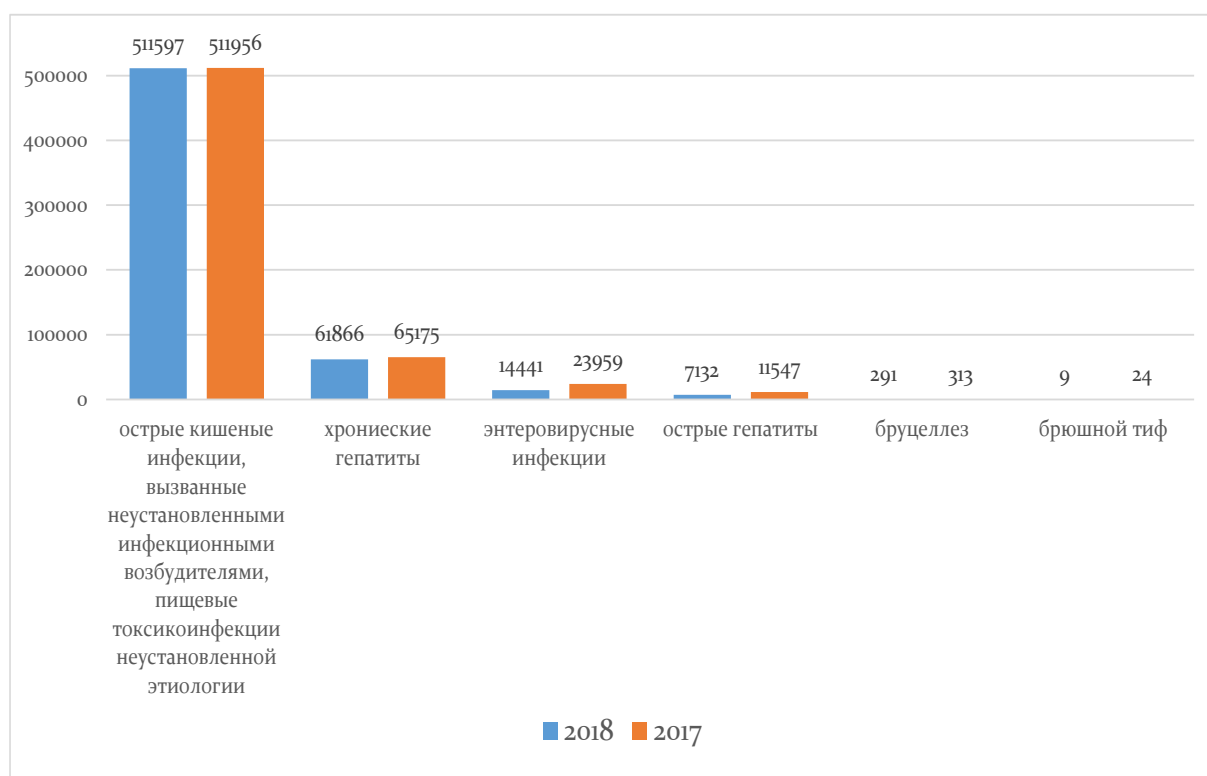


Рисунок 2. Динамика заболеваемости кишечными инфекциями неустановленной этиологии в 2018 году

чаев, в 2017 — 24), почти на 40% уменьшилось количество энтеровирусных инфекций (в 2018 — 14 441, в 2017 — 23 959), на 38,3% стало меньше острых гепатитов (в 2018 — 7 132, в 2017 — 11 547), на 5,3% снизилось количество хронических вирусных гепатитов (в 2018 — 61 866, в 2017 — 65 175), на 7% отмечено снижение заболеваемости бруцеллёзом (в 2018 — 291, в 2017 — 313). Так же незначительно (на 0,3%) уменьшилось количество острых кишечных инфекций, вызванных неустановленными инфекционными возбудителями, включая пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии (в 2018 — 511 597, в 2017 — 511 956) [12].

Вместе с тем, неоднократно за прошедшие годы выявлялись очаги «норовирусной» инфекции. Так, в январе 2020 года, Управление Роспотребнадзора по Челябинской области в ходе проверки выявило причину заболевания семи детей в детском саду №444 Челябинска. Возбудителем острой кишечной инфекции стал «норовирус» второго типа. Он выявлен у заболевших детей и сотрудника пищеблока [15].

По свидетельствам эпидемиологов, регулярно отмечаются вспышки «норовирусной» инфекции в детских лагерях. За лето 2018 года была зарегистрирована крупная вспышка заражения «норовирусом» в детском лагере в Омской области. Более 300 детей были госпитализированы в больницу [11]. На основании клинико-лабораторных данных была установлена «норовирусная» этиология вспышки острой кишечной инфекции. Источником инфекции оказался кухонный работник детского оздоровительного лагеря, у которого в кале были обнаружены РНК норовируса 2 типа и энтеропатогенные эшерихии.

В августе 2019 года суд в Хабаровске вынес постановление о приостановлении деятельности пешеходного фонтана на 90 суток [13]. По итогам эпидемиологического расследования краевого управления Роспотребнадзора, после купания в водном аттракционе острой кишечной инфекцией заболели 74 ребенка. У всех детей была «норовирусная» инфекция.

По факту заражения детей было возбуждено уголовное дело. Как предполагают

следователи, нарушения санитарно-эпидемиологических правил привели по неосторожности к массовому заболеванию.

В ходе проверки выяснилось, что вода в фонтане не соответствовала требованиям по мутности и содержанию аммиака. Сотрудники КГАУ «Дирекция спортивных сооружений Хабаровского края» не соблюдали технологии очистки и обеззараживания, отсутствовали инструкции по обработке воды, не производилась ежедневная дезинфекция пола, отсутствовала программа производственного контроля качества жидкости.

Очень показателен случай вспышки «норовирусной» инфекции в 2017 году в столовой города Ижевска [10], где в ходе проведения внеплановой проверки, сотрудники Роспотребнадзора установили, что вспышка заболеваемости детей возникла после употребления в пищу, приготовленной сотрудниками столовой.

При рассмотрении данного случая были выяснено:

«Заведующая столовой Рябова Т.В., осуществляя деятельность, допускала нарушения в технологии приготовления пищи и положений СП по безопасности труда и производимой продукции, избегала своевременного прохождения медицинского осмотра. Вместе с тем, Рябова Т.В. имела реальную возможность осуществлять свои должностные обязанности, надлежащим образом, и могла предвидеть опасность для возникновения массового заболевания посетителей столовой.

Неосторожные действия Рябовой Т.В. повлекли последствия в виде заражения посетителей столовой «норовирусной» инфекцией при следующих обстоятельствах: утратив контроль за технологией приготовления пищи и соблюдения работниками санитарных требований и правил личной гигиены, нарушив ст. ст. 10, 17, 28, 39 Федерального закон от 30.03.1999 №52-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [3], согласно которым при организации питания населения в столовых должны выполняться санитарные правила для предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых

отравлений, не обеспечила исполнение подчиненными сотрудниками столовой при осуществлении работ по приготовлению пищи санитарных требований, нарушив, таким образом, п. 5.1 СП 3.1/3.2.3146-13 [7]; п.п. 5.2, 8.1, 8.22, 8.24, 8.25, 8.26, 9.3, 9.11, 9.25, 9.26, 9.27, 10.3, 10.10, 10.6, 13.1, 13.2 СП 2.4.4.3155-13 [8], а также СП 3.1.1.3108-13 [6].

Употребление посетителями приготовленной сотрудниками столовой недоброкачественной пищи повлекло их массовое заболевание инфекцией, причинившее каждому легкий вред здоровью по признаку кратковременного его расстройства (временного нарушения функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель от момента возникновения заболевания (до 21 дня включительно) [5].

Органом предварительного расследования действия Рябовой Т.В. квалифицированы по ч. 1 ст. 236 УК РФ — нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание людей [1].

Рассматривая данное дело суд установил:

«Уголовное дело в отношении Рябовой Т.В., обвиняемой в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 236 УК РФ, было прекращено на основании ст. 72.2 УК РФ, (с согласия обвиняемой приняты меры к компенсации потерпевшим и их законным представителям расходов, связанных с проездом к месту проведения мероприятия и проживанием); в качестве меры уголовно-правового характера назначен штраф в размере 20 000 рублей».

Помимо этого, суд вправе так же назначить дополнительную внеплановую проверку, исходя из пункта 26. Постановления Правительства Российской Федерации от 23.11.2009 №944 «Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью» (с изменениями и дополнениями) [4].

Основанием такой проверки будет считаться соответствие пп. б. пункту 26, «причинение вреда жизни, здоровью граждан, а также возникновение чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

В случае выявления при проведении плановых (рейдовых) осмотров, обследований нарушений обязательных требований, требований, установленных муниципальными правовыми актами, должностные лица органов государственного контроля (надзора), муниципального контроля принимают в пределах своей компетенции меры по пресечению таких нарушений, а также доводят в письменной форме до сведения руководителя (заместителя руководителя) органа государственного контроля (надзора), муниципального контроля информацию о выявленных нарушениях для принятия решения о назначении внеплановой проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя по основаниям, указанным в п. 2 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 26.12.2008 №294-ФЗ (ред. от 01.04.2020) «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» [2].

Подводя итог из всего выше сказанного, «норовирусная» инфекция представляет собой реальную угрозу жизни и здоровью людей, причиной возникновения которой, является, нарушение, и пренебрежительное отношение к соблюдению правил и санитарных требований, в первую очередь, работников различных пунктов общественного питания и отдыха.

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека выпущены методические указания по эпидемиологическому надзору, лабораторной диагностике и профилактике «норовирусной» инфекции (МУ 3.1.1.2969-11 Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика норовирусной инфекции) [9].

В данных указаниях определяются организация и порядок проведения эпи-

демонологического надзора и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении «норовирусной» инфекции, которые должны неукоснительно соблюдаться работниками организаций общественного питания и служащими органов государственного контроля (надзора), муниципального контроля.

В соответствии с данными указаниями и требованиями ряда других нормативно-правовых актов целесообразно ужесточить контроль за пунктами общественного питания и водоснабжения, сделав кратность проверки не реже раза в полугодие во избежание серьезных нарушений, которые могут повлечь серьезную угрозу жизни и здоровью потребителей, в особенности детей.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс РФ (ст. 136 с изм. от 1 апреля 2020 года Федеральным законом от 1 апреля 2020 г. №100-ФЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. №25 ст. 2954.
2. Федеральный закон от 26.12.2008 №294-ФЗ (ред. от 01.04.2020) «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» // Собрание законодательства РФ, 29.12.2008, №52 (ч. 1), ст. 6249.
3. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», ст. 10, п. 1 ст. 17, ст. 28, ст. 39 // Собрание законодательства РФ 05.04.1999, №14, ст. 1650.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.11.2009 №944 «Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 30 ноября 2009 г. №48 ст. 5824.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://base.garant.ru/12162210/> (дата обращения 21.06.2020)
6. Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 27.12.2013 №73 «Об утверждении СП 2.4.4.3155-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей» // URL: <http://docs.cntd.ru/document/499071210> (дата обращения 21.06.2020)
7. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 16.12.2013 №65 «Об утверждении СП 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней» // URL: <http://docs.cntd.ru/document/499066530> (дата обращения 21.06.2020)
8. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 9 октября 2013 г. №53 «Об утверждении СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций» // URL: <http://docs.cntd.ru/document/499050741> (дата обращения 21.06.2020)
9. Методические указания МУ 3.1.1.2969-11 «Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика норовирусной инфекции» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ) // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4094236/> (дата обращения 21 июня 2020 года)
10. Постановление Октябрьского районного суда г. Ижевска №1-318/2017 от 9.11.2017 по делу №1-318/2017 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/2v690D9xEGrp/> (дата обращения 21.06.2020)

11. Илунина Л.М. и др. Вспышка норовирусной инфекции в детском оздоровительном лагере // Здоровье и образование в XXI веке. 2013. Т. 15. №7.
12. Данные официального сайта Роспотребнадзора // URL: <http://27.rosпотребнадзор.ru/content/275/86740/> (дата обращения 21.06.2020)
13. Официальный сайт Роспотребнадзора по Хабаровскому краю. Решением суда деятельность пешеходного фонтана приостановлена на 90 суток // URL: <http://27.rosпотребнадзор.ru/content/275/86740/> (дата обращения 21.06.2020)
14. Инфекционные болезни. Национальное руководство // акад. РАН Н.Д. Ющук, акад. РАЕН Ю.А. Венгеров, 2018, с. 798.
15. Причиной массового заболевания детей в челябинском детсаду стал норовирус // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4220141> от 14.01.2020 (дата обращения 21.06.2020)
16. Сравнительная статистика по заболеваемости сальмонеллезом, шигеллезом и норовирусной инфекцией, опубликованная Роспотребнадзором за январь - декабрь 2018 года // URL: https://www.rosпотребнадзор.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ (дата обращения 21.06.2020)
17. Эпидемиология норовирусной инфекции. Обзор Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ямало-ненецкому автономному округу // URL: http://89.rosпотребнадзор.ru/directions/epid_nadzor/145591/ (дата обращения 21.06.2020)

Об авторах:

Бобровская Ольга Николаевна — доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, доцент, Москва, uracadem@yandex.ru

Шелаева Наталья Сергеевна — студентка четвертого курса медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, natashashelaeva@mail.ru

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

Natalia Sergeevna Shelaeva — fourth year student of the medical and preventive faculty of the I. M. Sechenov First Moscow state medical University of the Ministry of health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow

© Бобровская О.Н., Шелаева Н.С., 2020

Для цитирования:

Бобровская О.Н., Шелаева Н.С. Актуальные проблемы возникновения очагов «норовирусной» инфекции, вследствие грубого нарушения установленных санитарных правил и норм // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 93-99.

For citation:

Bobrovskaya O.N., Shelaeva N.S. Current problems of occurrence of foci of norovirus infection due to gross violations of established sanitary rules and regulations // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 93-99.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 26.06.2020 г.

Бышов Д.В., Гришина О.С.

ИСТОРИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Статья имеет описательный характер. Рассматриваются феномен и причины возросшей популярности народной медицины. Особое внимание уделяется анализу исторического развития народного целительства. Анализируется народное целительство Древней Руси, Российской Империи XVIII- XIX веков, СССР и в современный период нашей страны. В частности, оценивается деятельность А. Кашпировского и А. Чумака как телевизионных целителей.

В статье исследуется правовое поле, в котором производится исследование закона №323-ФЗ (ст. 50 «Народная медицина») «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и других статей нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность народных целителей.

Ключевые слова: целительство, закон, законодательство, ответственность, Древняя Русь, Россия, народная медицина, здоровье

Denis Byshov, Olesya Grishina

HISTORICAL AND LEGAL ASPECTS OF FOLK MEDICINE

The article is descriptive in nature. The phenomenon and reasons for the increased popularity of folk medicine are considered. Special attention is paid to the analysis of the historical development of folk healing. Folk healing of Ancient Russia, the Russian Empire of the 18th and 19th centuries, the USSR and the modern period of our country are analyzed.

The article examines the legal field in which the study of the 323 Federal law (article 50, «folk medicine») on the protection of the health of citizens in the Russian Federation « and other articles of normative legal acts regulating the activities of folk healers.

Keywords: folk healing, law, legislation, responsibility, Ancient Russia, Russia, folk medicine, health

На данный момент в Российской Федерации защита здоровья граждан законодательно закреплена в Конституции Российской Федерации в п. 1 ст. 41 словами: «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» [1]. Происходит финансирование федеральных программ укрепления и охраны здоровья населения, осуществляется проведение различных культурно-массовых проектов в области здравоохранения. Однако, несмотря на развитие научной или официальной медицины, народная медицина до сих пор популярна.

В 1993 году регулирование народного целительства стало осуществляться отечественным законодательством. Был принят закон «Об основах законодательства РФ

об охране здоровья граждан». Статья 57 была посвящена народному целительству: «Народная медицина — это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

В 2011 году вступил в силу федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в статье 50 которого говорится следующее [4]:

1. Народной медициной являются методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит исполь-

зование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. К народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов.

2. Право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

3. Решение о выдаче разрешения на занятие народной медициной принимается на основании заявления гражданина и представления медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации. Разрешение дает право на занятие народной медициной на территории субъекта Российской Федерации, органом исполнительной власти которого выдано такое разрешение.

4. Лицо, получившее разрешение, занимается народной медициной в порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

5. Лишение гражданина разрешения на занятие народной медициной производится по решению органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, выдавшего такое разрешение, и может быть обжаловано в суде.

6. Народная медицина не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7. Незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной влечет за собой ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Таким образом, законодательное регулирование народной медицины предполагает наличие определённого разрешения на данную деятельность, выдаваемого по запросу самого специалиста. Каждый субъект РФ устанавливает свои условия для получения такого разрешения, которое выда-

ется через органы исполнительной власти. Целителя также могут лишить данного разрешения в порядке, установленном законодательно, или же, если таковое отсутствует у народного целителя, то его могут привлечь к ответственности, предусмотренной законодательством Российской Федерации.

Привлечение целителей к административной ответственности возможно на основании ст. 6.2 «Незаконное занятие народной медициной» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях: занятие народной медициной без получения разрешения, установленно-го законом, влечет наложение административного штрафа в размере от двух тысяч до четырех тысяч рублей [2].

С учётом сложившейся практики ценообразования в данном при осуществлении данной деятельности, можно утверждать, что предусмотренный законом размер санкции значительно уступает стоимости услуг народных целителей, что делает санкцию, по сути, декоративной.

Незаконная деятельность народных целителей, а, в частности, нанесение вреда здоровью «пациента», также регламентируется статьями 109 и 118 Уголовного кодекса РФ (далее — УК РФ) [3].

Статья 109 УК РФ предусматривает ответственность за причинение смерти по неосторожности «исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок».

Статья 118 УК РФ определяет ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности «штраф в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев».

Кроме данных статей в УК РФ есть статья 235, предусматривающая ответственность за незаконное осуществление медицинской

деятельности или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, что наказывается «штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок», а «то же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, — наказывается принудительными работами на срок до пяти лет либо лишением свободы на тот же срок».

Однако, данная статья, предусматривая привлечение к уголовной ответственности специалистов, имеющих отношение к здоровью граждан в лице медицинских и фармацевтических работников, странным образом не распространяется на лиц, занимающихся целительством, т.е., также имеющих отношение к здоровью граждан. При этом очевидно, что ввиду отсутствия институционализированного закрепления целительства и, соответственно, процедур получения разрешения на него и его контроля, можно утверждать, что *de facto* все целители в России осуществляют свою деятельность вне правовых рамок. Эти обстоятельства создали условия для практически бесконтрольного развития народного целительства.

Целительство или знахарство — одна из крупных частей народной медицины, которая отвечает за врачевание с помощью трав, иногда дополняя свои действия магическими «словами» и «наговорами». Эта практика, появившись достаточно давно, существует и до сих пор, хотя и в меньших масштабах.

В настоящее время граждане всё чаще обращаются к народным целителям. Соответственно, перед исследователями стоит задача объяснить этот феномен и его последствия.

Целительство в России появилось ещё в Древней Руси. Важнейшими источниками, из которых мы получаем сведения о состоянии медицины тогда, являются легенды,

былины, сказания. Также такими источниками являются, например, заговоры, приговоры и пословицы. К ним относятся и более поздние лечебники и травники.

Первые зачатки русской народной медицины можно найти в колдовстве и знахарстве древних славян. Она в отличие от западноевропейской, не имела жреческой организации и представляла собой сочетание заговоров и заклинаний, основанных на вере, и чисто механических средств врачевания [5].

В языческой Руси хранителем и носителем всех знаний были старшие в роду или «калики перехожие», старцы. Они вещали законы, хранили предания, и также обладали обширными для того времени медицинскими познаниями, поэтому были важнейшими людьми своей эпохи и обладали некоей властью над народом.

Главным посредником между человечеством и силами природы славяне считали Чура, но также данную роль приписывали кудесникам, ведунам, ведуньям. Сила эта приписывалась женщинам, так как, по свидетельству специалистов, язычество придаёт личности женщины мифическую сущность, ведь она одарована способностью гадать, чаровать, пророчить, знает тайны естества, и потому именно она может врачевать болезни и, следовательно, осуществлять ведовство, колдовство, заговоры, заклинания. Она в близких связях с мифическими силами, в ее руках и добро, и зло этих сил [5].

В те времена народная медицина была единственной в своём роде медициной, поэтому её популярность была непоколебимо высокой. К тому же, народные целители всегда связывали свою деятельность с религией, что придавало ей вес.

В Век Просвещения отношение к целительству разительно поменялось. В официальных документах целители начали называться мошенниками и обманщиками, и тяжесть преследований за способности целительства была высока.

Следует отметить, что из XIX века сохранилось мало упоминаний о различных целительских действиях в следственных делах. Причины две: во-первых, случаи це-

лительства не так часто доходили до следствия, ведь врачей в XIX веке было не так много не только в сельской местности, но и в провинциальных городах. И знахари выполняли их роль в полной мере. Во-вторых, рассказы об магическом излечении передавались не в письменной форме, а из уст в уста. Современникам все эти случаи были знакомы, и многие паломники отправлялись в путь, чтобы найти исцеление [9].

Главным обоснованием для обращения человека к колдуну являлась невозможность вылечить другим способом. Исцеляемые магией болезни, как считали люди, имели необъяснимую природу. В исторических источниках описано несколько примеров таких ситуаций.

Часто люди традиционной культуры (как и архаической) воспринимали исцеление от недуга с двух сторон — битву между силами добра и зла. Например, в травниках важным считалось свойство растений изгонять демонов болезни.

В допетровский период магическое целительство запрещалось, ведь оно и для учёных, и для простого народа означало общение с запретным миром. С XVIII века магическое целительство в глазах просвещённых людей стало считаться суеверием и даже церковь вкупе с государством вели пропаганду того, что такие суеверные практики имеют антипросветительский дух [6].

Государство, обвиняя знахарство в «суеверности» вовсе не сделало доступной научную медицину. Рос культурный конфликт между теми, кто продолжал лечиться у народных целителей и теми, кто обращался к учёным медикам. Даже несмотря на то, что большая часть христианского населения считала магию и колдовство порождением зла и обращение к ней — грехом, те всё равно обращались к самому опробованному способу — целительству [9].

Если человек XVIII или XIX веков абсолютно уверен в том, что его болезни происходят от «порчи», он не сомневается и в том, что исцелиться ему поможет только волшебство.

В последние годы существования СССР целительство перешло на новый этап. Появились такие телевизионные целители,

как Алан Чумак, Анатолий Кашпировский, Юрий Лонго, Джуна Давиташвили.

Когда Алан Чумак был корреспондентом газеты московской области «Ленинское знамя», при подготовке статьи, разоблачающей шарлатанов-целителей он встречался с рядом знахарей. И, как Чумак писал в книгах своего сочинения, он открыл у себя «дар» и способность видеть «ауры людей».

В августе 1989 года, Чумак получил известность по всему СССР, когда начались «Сеансы здоровья» с его участием в утренней передаче Центрального телевидения «120 минут». Чумак во время каждого сеанса призывал зрителям расслабиться и поставить перед экраном их телевизора мази или воду, что-то нашёптывал и тем самым как бы «заряжал» объекты перед экраном [7, с. 74].

Иногда Чумак проводил публичные сеансы платной «энергетической зарядки» мазей, кремов, даже воды и «исцеление больных». Чумак написал несколько книг, среди которых «Тем, кто верит в чудо», «Исцеляющая сила внутри нас» и другие, открыл в 1990 компанию по продаже «заряженных» напитков и кремов [7, с. 76].

Анатолий Кашпировский, в отличие от Чумака, имел медицинское образование — он являлся психотерапевтом и почти 25 лет проработал в психиатрической больнице [8].

Считается, что Кашпировский излечивал людей от опухолей, лейкозов, лишнего веса, кариеса, аллергии, храпа, бессонницы непосредственно в прямом эфире [7, с. 71].

Согласно 50 статье 323-ФЗ, народное целительство — это утвердившиеся в народном опыте методы лечения. В их основе лежат использование практических знаний, умений и навыков по восстановлению и улучшению здоровья [4].

В заключение можно сказать, что народное целительство в России находится на начальном этапе формирования его правового регулирования. При этом нельзя не признавать того, что в любых исторических периодах, независимо от наличия или отсутствия закона, народная медицина всегда была и будет востребованной. Основой востребованности является субъективное

отношение людей к практике целительства, вера в неё. Можно попытаться сформулировать несколько положений, определяющих его популярность.

Во-первых, людям хочется верить, что их недуги могут быть излечены неким «простым» и «доступным» «народным» способом, без обращения к длительному и дорогому официальному здравоохранению и фармацевтической «химии».

Во-вторых, медицинской неграмотностью большей части населения.

И, в-третьих, наличием доверия к народным целителям, которые, отчасти, выполняют

роль «психотерапевтов», а отчасти используют «сакральный», необсуждаемый авторитет, которым их наделяет «народная молва».

В настоящее время довольно сложно прогнозировать, в каком именно направлении и как будет развиваться правовое регулирование народной медицины, поскольку регулирование верований и личных убеждений граждан, лежащих в основе целительства, крайне проблематично. Именно поэтому под прикрытием целительства и сегодня, и в прошлом активно действовали различного рода мошенники, шарлатаны и авантюристы.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. // Собрание законодательства РФ. 2014. №31. ст. 4398.
2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. // Собрание законодательства РФ. 2002, №1, ст. 1.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. // Собрание законодательства РФ. 1999, №25, ст. 2954.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011, №48, ст. 6724.
5. Герасимова И.А., Мильков В.В. Народная медицина в Древней Руси // Психология и психотехника. 2015. №3. С. 245-258.
6. Куранов В.Г. Развитие медицинского законодательства в России в дореволюционный период / Пермский медицинский журнал. 2013. №5. С. 136-142.
7. Кузник Б.И. Джуна, Ванга и другие. М.: Радио и связь. 1995. 298 с.
8. Телекашпировские ждут своих электронных пациентов // Бит. Бизнес & Информационные технологии. 2018. №7 (80). С. 14-15.
9. Трухина А.Б., Скороходов М.В., Горбачёва О.И. Из истории развития народной медицины / Молодежь и XXI век. Материалы VIII международной молодежной научной конференции. 2018. С. 73-76.

Об авторах:

Бышов Денис Викторович — доцент кафедры правовых дисциплин Мордовского государственного университета имени Н.П. Огарева, кандидат исторических наук, Саранск, bishovdv@mail.ru

Гришина Олеся Сергеевна — студентка 1 курса медицинского института Мордовского государственного университета имени Н.П. Огарева, Саранск, osya.grishina@mail.ru

Denis Viktorovich Byshov — associate Professor of the Department of legal disciplines of the N.P. Ogarev Mordovian state University, candidate of historical Sciences, Saransk

Olesya Sergeevna Grishina — 1-st year student of the medical Institute of the N.P. Ogarev Mordovian state University, Saransk

© Бышов Д.В., Гришина О.С., 2020

Для цитирования:

Бышов Д.В., Гришина О.С. Историко-правовые аспекты народной медицины // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (II). С. 100-105.

For citation:

Byshov D.V., Grishina O.S. Historical and legal aspects of folk medicine // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (II). P. 100-105.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 22.05.2020 г.

Сергеев П.В.

АКЦЕПТ ОФЕРТЫ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Статья посвящена одному из аспектов заключения договора предоставления медицинской организацией платных медицинских услуг. Анализируются проистекающие из действующего законодательства особенности акцепта оферты о заключении такого договора. В статье подчеркивается неоднозначность судебной практики в определении способов принятия предложения заключить договор предоставления платных медицинских услуг, даются рекомендации по минимизации связанных с этим рисков.

Ключевые слова: медицина, услуги, договор, акцепт, оферта, лицензионные требования

Petr Sergeev

ACCEPTANCE OF THE OFFER WHEN CONCLUDING A CONTRACT FOR PROVIDING PAID MEDICAL SERVICES BY MEDICAL ORGANIZATIONS

The article is devoted to one of the aspects of concluding contracts for the provision of paid medical services by medical organizations. The features of the analyzes the peculiarities of accepting an offer to conclude such contracts that arise from the current legislation. The article highlights the ambiguity of judicial practice in determining how to accept an offer to conclude a contract for the provision of paid medical services, and provides recommendations for minimizing the risks associated with this.

Keywords: medical services, contract, acceptance, offer, license requirements

В соответствии со статьёй 420 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее — ГК РФ) договором признается соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей [1].

Согласно пункту 1 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 25.12.2018 №49 «О некоторых вопросах применения общих положений Гражданского кодекса Российской Федерации о заключении и толковании договора» договор может быть заключён путем принятия (акцепта) одной стороной предложения заключить договор (оферты) другой стороны (п. 2 ст. 432 ГК РФ), путем совместной разработки и согласования условий договора в переговорах либо иным способом, например, до-

говор считается заключенным и в том случае, когда из поведения сторон явствует их воля на заключение договора (п. 2 ст. 158, п. 3 ст. 432 ГК РФ).

Прослеживаясь в указанном разъяснении Пленума вариативность способов заключения договора на практике нередко порождает вопрос о том, какой именно способ является допустимым для заключения медицинской организацией договора оказания медицинских услуг. В частности, возможно ли заключение такого договора путём акцепта оферты [11, 12]?

Статья 438 ГК РФ определяет акцепт в качестве ответа лица, которому адресована оферта (предложение заключить договор), о ее принятии, то есть о согласии заключить договор. При буквальном прочтении

данной нормы акцепт оферты, как правило, воспринимается в качестве обмена документами: акцептом и офертой соответственно.

Согласно же п. 4 ст. 434 ГК РФ в случаях, предусмотренных законом, договор в письменной форме может быть заключен только путем составления одного документа, подписанного сторонами договора.

В соответствии с ч. 7 ст. 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации [2]. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 были утверждены «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее — Правила) [3]. Согласно пп. 16-18 раздела IV указанных Правил договор оказания медицинских услуг заключается в письменной форме (в 2-х или 3-х экземплярах, в зависимости от заключения договора непосредственно с пациентом либо с заказчиком в пользу пациента) и должен содержать личные данные пациента и подписи сторон. Договор, соответствующий перечисленным требованиям, вполне закономерно представляется классическим договором, составленным в виде одного документа, содержащего подписи сторон.

Но является ли такой вариант договора единственно возможным? И препятствуют ли обозначенные требования заключению договора оказания медицинских услуг путём обмена акцептом и офертой? Думается, что ответ на оба вопроса должен быть отрицательным.

Как небезосновательно указывает А.М. Эрделевский, «п. 2 ст. 432 ГК РФ не предусматривает какого-либо иного порядка заключения договора, кроме направления одной стороной (оферентом) оферты и ее акцепта другой стороной (акцептантом). Это правило является императивным» [13]. Иными словами, договор, в том числе договор с медицинской организацией, не может быть заключён иначе как путём акцепта оферты.

При желании в данном утверждении можно усмотреть противоречие с вышеприведёнными разъяснениями Пленума ВС РФ, указывающими и на иные способы заключения договора. Однако это противоречие разрешается довольно просто, если смотреть на разъяснения Пленума ВС РФ не как на противопоставляющие различные способы заключения договора друг другу, а как на конкретизирующие различные варианты принятия (акцептования) предложения о заключении договора.

Так, например, совместная выработка условий договора и его подписание сторонами вовсе не выпадают из системы координат «оферта-акцепт». Напротив, сторона, выносящая на согласование последнее условие договора, по которому должно быть достигнуто соглашение, выступает в роли оферента по договору, в то время как другая сторона, соглашаясь на данное условие, даёт акцепт на заключение договора (в силу п. 3 ст. 154 и п. 1 ст. 432 ГК РФ договор считается заключённым, если между сторонами достигнуто соглашение по всем существенным условиям договора).

Само по себе подписание договора является ничем иным, как акцептом оферты, предложенной другой стороной, что находит подтверждение как в судебной практике (см., например, постановление Суда по интеллектуальным правам от 25.08.2016 №С01-423/2016 по делу №А40-226603/2015: «оферта ответчика полно и безоговорочно акцептована истцом путем подписания проекта договора без разногласий» [5]), так и в теории права (например: «сторона, получившая уже подписанные экземпляры, при проставлении своей подписи акцептует сделанное ей предложение» [10, с. 68-72]).

Исходя из этого саму формулировку вопроса «Может ли медицинская организация заключать договор с пациентом путем акцепта оферты?» нельзя признать корректной. Вопрос возникает скорее о том, что можно считать надлежащим акцептом оферты.

Можно ли принять предложение о заключении договора оказания медицинских услуг путём совершения пациентом в соответствии с п. 3 ст. 438 ГК РФ конклюдентного акцепта?

дентных действий, то есть действий по исполнению предложенного договора на условиях, указанных в оферте (например, путём совершения оплаты услуг)? Ведь в заключённом таким образом договоре не будет подписи пациента, как того требует п. 17 Правил.

Особую актуальность данный вопрос приобрёл в свете решения Верховного Суда РФ от 23.01.2019 №АКПИ18-1168, по тексту которого суд указал, что «предусмотренное подпунктом «е» пункта 17 Правил требование об указании в договоре предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг фамилии, имени, отчества (если имеется) потребителя (заказчика) и его подписи учитывает специфику договора, регулирующего отношения в сфере охраны здоровья граждан, и соответствует гражданскому законодательству Российской Федерации. Требование о наличии в договоре предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг подписи пациента не может рассматриваться как противоречащее ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации» и на этом основании отказал в удовлетворении заявления, признав требование о наличии в договоре подписи пациента правомерным [4].

Вместе с тем ВС РФ не опроверг принципиальной возможности заключения договора оказания медицинских услуг путём совершения конклюдентных действий. Более того, обращение к судебной практике показывает, что оферты на оказание медицинских услуг, акцептованные конклюдентными действиями, суды признают заключёнными договорами.

Например, Девятый арбитражный апелляционный суд в своём постановлении от 23.01.2017 по делу №А40-139802/16 пришёл к следующим выводам:

«Пункт 16 Правил устанавливает, что договор на оказание платных медицинских услуг должен был заключен в письменной форме. Гражданский кодекс Российской Федерации предусматривает возможность заключения договора в двух формах: письменной и устной. Письменная форма считается соблюденной путем направления ак-

цепта (принятия) оферты (предложения) о заключении договора в соответствии с п. 3 ст. 434 ГК РФ. В клинике 13.04.2015 утверждено публичное предложение (оферта) о заключении договора на оказание медицинских услуг №1. Акцептом данного предложения является подписание пациентом заявления заказчика о принятии условий данного предложения и намерении заключить договор на оказание медицинских услуг. Соответствующее заявление от 08.12.2015 №В02287804/1 представлено в материалы дела. Таким образом, обществом в материалы дела представлен договор на оказание медицинских услуг от 08.12.2015 №В02287804/1, заключенный между обществом и гражданином потребителем в письменной форме» [6].

Схожие выводы содержатся в решении Арбитражного суда Республики Мордовия от 31.12.2015 по делу №А39-4462/2015, постановлении Шестого арбитражного апелляционного суда от 01.04.2019 по делу №А73-17280/2018 и других судебных актах [8, 9]. Соответственно заключение договора на оказание медицинских услуг путём акцепта оферты конклюдентными действиями вполне допустимо с точки зрения судебной практики, так как соответствует требованиям гражданского законодательства.

Однако Девятнадцатый апелляционный арбитражный суд, рассматривавший вопрос о нарушении медицинской организацией лицензионных требований, выразившемся в заключении договора без подписи пациента, отметил в своём постановлении от 25 мая 2018 г. по делу №А14-24955/2017, что «заключение и исполнение договора в соответствии с требованиями гражданского законодательства не освобождает Общество от обязанности соблюдения требований, содержащихся в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [7].

Таким образом, заключение медицинской организацией договора с пациентом путём совершения последним конклюдентных действий возможно (такой договор будет считаться заключённым и действительным), но порождает для медицинской организации риски, связанные с наруше-

нием лицензионных требований, в том числе риск привлечения к административной ответственности.

Вместе с тем представляется, что такие риски можно минимизировать или даже полностью исключить. Например, включив требуемые в соответствии с пп. 16–18 раздела IV Правил сведения и подписи сторон непосредственно в кассовый чек об оплате услуги. В этом случае пациент, оплачивая услугу и проставляя подпись в чеке, акцептует оферту, размещённую на сайте медицинской организации или на стенде в помещении такой организации. Если текст оферты именует чек неотъемлемой частью договора, а сам чек и оферта распечатываются в необходимом количестве экземпляров, то можно предположить, что формальные требования к договору оказания медицинских услуг будут соблюдены.

Похожий алгоритм уже был апробирован судебной практикой. В решении Арбитражного суда Республики Мордовия от 31.12.2015 по делу №А39-4462/2015 указано: «В соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского Кодекса РФ в случае оплаты или получения медицинских услуг юридическое или физическое лицо, производящее акцепт данной оферты становится Заказчиком (в соответствии с п. 3 ст. 438 ГК РФ акцепт оферты равносителен заключению договора на условиях, изложенных в оферте), а ООО ... и Заказчик совместно — сторонами Публичного договора. Как пояснил представитель заявителя в судебном заседании, при заказе услуги оформляется приложение к публичному договору-оферте с присвоением индивидуального идентификационного номера, которое содержит данные о пациенте, полученной услуге, стоимости, подписывается пациентом и заказчиком (при наличии заказчика) и распечатывается в 2-х или 3-х экземплярах» [8]. При этом суд не усмотрел в обозначенном способе заключения договора какого-либо нарушения со стороны медицинской организации.

Фактически речь в данном случае идёт о договоре присоединения (ст. 428 ГК РФ), а это означает, что пациент при заключении договора таким способом приобретает предусмотренное п. 2 ст. 428 ГК РФ право требовать расторжения или изменения договора, если договор присоединения хотя и не противоречит закону и иным правовым актам, но лишает эту сторону прав, обычно предоставляемых по договорам такого вида, исключает или ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств либо содержит другие, явно обременительные для присоединившейся стороны условия, которые она, исходя из своих разумно понимаемых интересов, не приняла бы при наличии у нее возможности участвовать в определении условий договора. Это необходимо учитывать при выборе рассматриваемого способа акцептования.

Нельзя забывать и о том, что согласно ст. 160 ГК РФ требование о наличии подписи считается выполненным, если использован любой способ, позволяющий достоверно определить лицо, выразившее волю (в том числе с помощью электронных либо иных технических средств, позволяющих воспроизвести на материальном носителе в неизменном виде содержание сделки). Таким образом, наличие рукописной подписи сторон в договоре совсем не обязательно.

Резюмируя всё вышесказанное, отметим, что заключение договора медицинской организацией с пациентом путём акцепта оферты не только возможно, но и неизбежно, какой бы конкретно способ согласования существенных условий договора не был избран договаривающимися сторонами. При этом риски, связанные с соблюдением требований закона к форме и содержанию такого договора, требуют осмотрительного подхода к выбору как того или иного способа доведения оферты до другой стороны, так и способа последующего акцепта такой оферты.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 05.12.1994. №32. Ст. 3301.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.
3. 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.
4. Решение Верховного Суда РФ от 23.01.2019 №АКПИ18-1168 «Об отказе в удовлетворении заявления о признании частично недействующим подпункта «е» пункта 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006» // «Бюллетень Верховного Суда РФ». №12. Декабрь, 2019.
5. Постановление Суда по интеллектуальным правам от 25.08.2016 №С01-423/2016 по делу №А40-226603/2015 // Картотека арбитражных дел URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/78a3fc83-01cc-4d9f-a921-8fie39d363a5> (дата обращения 20.06.2020).
6. Постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 23.01.2017 №09АП-62174/2016 по делу №А40-139802/16 // Картотека арбитражных дел URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/cob50e58-483d-4030-ae58-4ae0b4288e71> (дата обращения 20.06.2020).
7. Постановление Девятнадцатого арбитражного апелляционного суда от 25 мая 2018 г. по делу №А14-24955/2017 // Картотека арбитражных дел URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/80675a00-fe2c-40a6-8da1-18ba086b2df2> (дата обращения 20.06.2020).
8. Постановление Шестого арбитражного апелляционного суда от 01.04.2019 №06АП-94/2019 по делу №А73-17280/2018 // Картотека арбитражных дел URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/80786b08-86d7-4e8d-b9d8-293ce8ae75b6> (дата обращения 20.06.2020).
9. Решение Арбитражного суда Республики Мордовия от 31.12.2015 по делу №А39-4462/2015 // Картотека арбитражных дел URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/14cfb04c-8519-4597-8265-69b3cfd8c527> (дата обращения 20.06.2020).
10. Комментарий к Постановлению Пленума ВС РФ от 25.12.2018 №49 «О некоторых вопросах применения общих положений Гражданского кодекса Российской Федерации о заключении и толковании договора» // Вестник экономического правосудия Российской Федерации. 2019. №9. С. 68-118.
11. Может ли быть заключен договор об оказании платных медицинских услуг путем акцепта оферты? // Социальная сеть gnl.ru [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gnl.ru/questions/77777777859072/> (дата обращения: 18.06.2020).
12. Может ли медицинская организация заключать договор с пациентом путем акцепта оферты? // ЭЖ «Юрист компании» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.law.ru/question/123733> (дата обращения: 18.06.2020).
13. Эрделевский А.М. Заключение и толкование договора в судебной практике // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс». 2019.

Об авторе:

Сергеев Пётр Владимирович — соискатель кафедры коммерческого права и основ правоведения юридического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, Смоленск, LawPVS@yandex.ru

Petr Vladimirovich Sergeev — Degree-seeking student of the department of commercial law and legal methods of the law faculty of the Lomonosov Moscow State University (MSU)

© Сергеев П.В., 2020

Для цитирования:

Сергеев П.В. Акцепт оферты при заключении договора предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (II). С. 106-III.

For citation:

Sergeev P.V. Acceptance of the offer when concluding a contract for providing paid medical services by medical organizations // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (II). P. 106-III.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 25.06.2020 г.

Филиппов Ю.Н., Коптева Л.Н., Дощанникова О.А.

КОЛЛИЗИЯ ТРЕБОВАНИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И УСЛОВИЙ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОСТАВЩИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ ТОРГОВ ФГБОУ ВО «ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Снижение удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью в значительной степени обусловлено проблемами в обеспечении медицинских работников качественной последипломной подготовкой, связанной с условиями, регламентированными 44-ФЗ в определении поставщика образовательных программ. Материалом исследования послужили результаты электронных торгов по предоставлению платных образовательных услуг в рамках дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения за 2016-2019 гг. Представлена сравнительная характеристика результатов проигранных аукционов и структура организаций-победителей, составлявших конкуренцию медицинскому вузу. Государственные федеральные образовательные учреждения, реализующие качественные образовательные программы, выдавливаются с рынка образовательных услуг многочисленными «иными» организациями, выигрывающими электронные аукционы за счет не реальных для качественного исполнения услуги финальных цен. Для повышения качества последипломной подготовки и переподготовки медицинских работников разработаны предложения по внесению изменений в действующую нормативную базу, расширяющие права заказчика при определении поставщика образовательных услуг в ходе электронных торгов.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, программа, дополнительное профессиональное образование, нормативно-правовое регулирование, качество, образовательные услуги, медицинские работники, конкуренция, поставщики образовательных услуг

Yuri Filippov, Larisa Kopteva, Olga Doshhannikova

A COLLISION OF QUALITY OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION AND CONDITIONS FOR DETERMINATION OF A PROVIDER OF EDUCATIONAL SERVICES WITH THE IMPLEMENTATION OF ELECTRONIC TRADING FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION «PRIVOLZHISKY RESEARCH MEDICAL UNIVERSITY» OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

The decrease in the population's satisfaction with the medical care provided is largely due to problems in providing medical workers with high-quality postgraduate training related to the conditions regulated by the 44-FZ in determining the provider of educational programs. The research material was the results of electronic bidding for the provision of paid educational services in the framework of additional professional education of health professionals for 2016-2019. The comparative characteristics of the results of lost auctions and the structure of the winning organizations that competed with the medical University are presented. State Federal educational institutions that

implement high-quality educational programs are squeezed out of the educational services market by numerous «other» organizations that win electronic auctions at the expense of final prices that are not real for the quality of the service. To improve the quality of postgraduate training and retraining of medical professionals, proposals have been developed to amend the current regulatory framework, expanding the rights of the customer in determining the provider of educational services during electronic bidding.

Keywords: *continuing medical education, continuing education programs, legal regulation, quality of educational services for medical professionals, competition of educational services providers*

Введение

Федеральный закон от 05.04.2013 г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» определил четыре законных способа определения поставщика товаров, работ, услуг. В двух из них покупатель получает поставщика, предложившего лучшие для потребителя условия исполнения контракта. Такие условия обеспечиваются путем проведения конкурсов, регламентированных ст. 48-58 и путем запроса предложений, выполняемым в соответствии со ст. 83 44-ФЗ.

Основой определения поставщика товаров, работ, услуг в двух других законных способах, определенных Законом, является цена исполнения контракта. Победитель в этом случае определяется исключительно по минимальной предложенной цене. Такими способами являются электронный аукцион, применение которого не имеет ограничений и определено ст. 59-71 Закона и запрос котировок — способ наиболее простой и быстрый, регламентированный ст. 72-82. Более упрощенный вид и практическое отсутствие ограничений в использовании явились причинами наиболее частого при определении победителя электронных торгов применения электронного аукциона и запроса котировок.

Разработанный Закон 44-ФЗ из благих намерений — развитие добросовестной конкуренции, обеспечение гласности и прозрачности закупки, предотвращение коррупции и других злоупотреблений, к сожалению, не ставит разграничительных условий при определении победителя — поставщика материального и интеллектуального товара. В связи с этим, поставщик образовательных

услуг (товара исключительно интеллектуального) определяется на тех же условиях, что, к примеру, и поставщик мебели, то есть по минимальной цене, тогда как требования к качеству и информативности закупаемого сугубо интеллектуального продукта — образовательной услуги — сведено до «несущественных» условий. Тем не менее, электронные аукционы, по данным Е.Ф. Гуцелюк, при закупке образовательных услуг используются более чем в 93% [7]. Конкурсы же, позволяющие применить существенные ограничения для поставщика услуг, и таким образом получить высококачественный информационный продукт, используются крайне редко (6,4%).

Однако, именно качество образовательных услуг и их непрерывность в течение всего срока профессиональной деятельности работника, определяют уровень квалификации специалиста здравоохранения и эффективность работы системы в целом. Снижение удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью, произошедшее в последние годы, могло быть в значительной степени обусловлено и проблемами в обеспечении медицинских работников качественной последипломной подготовкой, связанной с условиями, регламентированными 44-ФЗ в определении поставщика образовательных программ.

Цель исследования

Для повышения качества последипломной подготовки и переподготовки медицинских работников разработать предложения по внесению изменений в действующую нормативную базу, расширяющие права заказчика при определении поставщика образовательных услуг в ходе электронных торгов.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Материалом исследования послужили результаты электронных торгов по предоставлению платных образовательных услуг в рамках дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения за 2016-2019 гг., проводимых на электронных площадках «Сбербанк — автоматизированная система торгов», «Национальная электронная площадка», «Электронная площадка РТС тендер», «Единая электронная торговая площадка Росэлторг». Исследованию подлежали результаты проигранных ФГОУ ВО «ПИМУ» электронных аукционов ($n = 72$). В ходе настоящего исследования представлена сравнительная характеристика результатов проигранных аукционов и структура организаций-победителей, составлявших конкуренцию медицинскому вузу на протяжении исследуемого периода.

Обработка данных

Проводился сравнительный анализ нормативной базы, регламентирующей правила допуска организаций к предоставлению услуг по дополнительному профессиональному образованию специалистов здравоохранения, а также изучение результатов участия ФГБОУ ВО «ПИМУ» в электронных аукционах с целью предоставления медицинским организациям образовательных услуг в сфере дополнительного профессионального образования. Статистическая обработка материала осуществлялась с применением программы Microsoft Excel for Windows 10. Результаты представлены в виде доли с указанием стандартной ошибки.

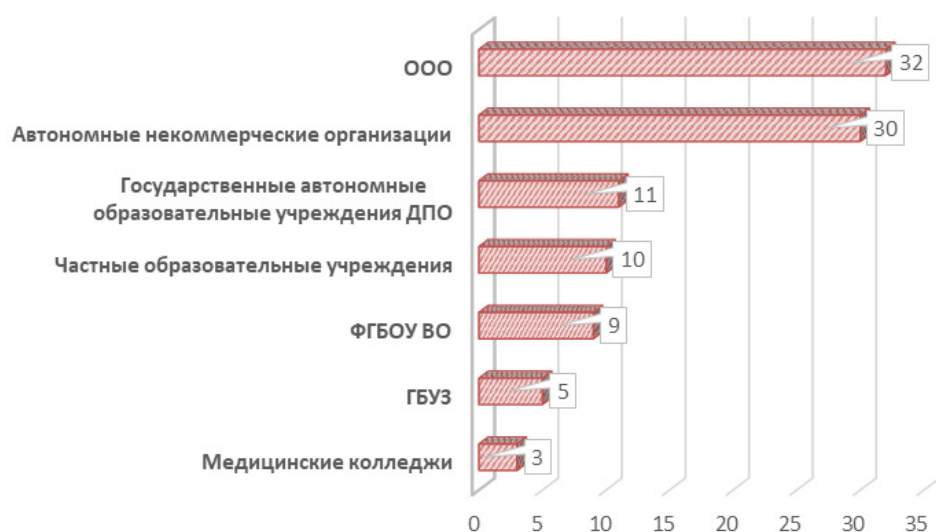
Результаты

За период с декабря 2016 по май 2019 гг. ФГБОУ ВО «ПИМУ» приняло участие в 107 электронных аукционах по предоставлению образовательных услуг в области дополнительного профессионального образования специалистам здравоохранения медицинских организаций, расположенных в различных регионах РФ. Наименованием объ-

екта закупки в 48% случаев было оказание образовательных услуг специалистам со средним профессиональным образованием, в 52% — для специалистов с высшим медицинским образованием. Сумма начальной максимальной цены контракта (НМЦК) всех проигранных электронных аукционов составила 29 220 837,00 руб., итоговая сумма потерь по которым составила 11 429 582 руб. В среднем, доля снижения НМЦК в ходе электронных аукционов составила 55,8%. Минимальная итоговая стоимость электронных контрактов составила 20638,62 рубля, что представляло собой 7,8% от начальной максимальной стоимости.

На рисунке приведены результаты участия ФГБОУ ВО «ПИМУ» в электронных аукционах по предоставлению услуг дополнительного профессионального образования. В структуре организаций-победителей по результатам электронных аукционов прослеживается абсолютное превалирование автономных некоммерческих организаций (30%) и обществ с ограниченной ответственностью (32%). Доля государственных образовательных учреждений высшего образования составляет в общей сложности 20% и представлена государственными бюджетными (9%) и государственными автономными образовательными учреждениями (11%). Незначительную долю организаций-победителей электронных аукционов составляют медицинские колледжи (3%), государственные бюджетные учреждения здравоохранения (5%) и частные образовательные учреждения (10%).

При ознакомлении с общедоступными материалами, характеризующими участников электронных аукционов оказалось, что только в 20% случаев победителями были государственные образовательные организации, аккредитованные в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, то есть организации, созданные целенаправленно для подготовки медицинских кадров и выполняющие эту работу под контролем профильного министерства. Во всех остальных случаях это были организации, зачастую не имеющие отношения ни к медицине, ни к подготовке специалистов здравоохранения.



Структура организаций, являющихся победителями электронных аукционов (%)

Обсуждение

Исследование нормативно-правовой базы последнего десятилетия позволяет говорить о ее кардинальном изменении в плане регламентации подготовки специалистов. В наибольшей степени эти новации коснулись последиplomного уровня обучения, которому руководство страны уделяло особое внимание уже с первых лет существования государства. Об этом свидетельствует Постановление ЦИК СССР «О подготовке врачей» от 1934 г., потребовавшее «...прохождения городскими врачами практических курсов по специальности при институтах усовершенствования врачей, медицинских институтах и крупных больницах», а сельским врачам и врачам отдалённых местностей «...обязательного предоставления раз в три года командировок на курсы в институты усовершенствования» [8]. Эти позиции получили дальнейшее развитие и действуют в настоящее время в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 3.08.2012 г. №66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в

образовательных и научных организациях», декларирующем, что «...повышение квалификации работников проводится не реже одного раза в 5 лет в течение всей их трудовой деятельности». Еще более жесткие требования к перманентности процесса повышения квалификации медицинского персонала были регламентированы при формировании алгоритма прохождения процедуры аккредитации, которая в соответствии с Приказами Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2017 г. №1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» и от 21.12.2018 г. №898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 г. №1043н» с 2021 г. должна полностью заменить существующую с 1993 г. систему сертификации медицинских кадров.

Таким образом, с удовлетворением можно отметить, что проблема непрерывности повышения квалификации медицинских

кадров находится под жестким контролем отраслевого Министерства. Вопросы остаются в отношении требований к качеству образовательного процесса. Так, действующие в настоящее время Федеральный закон от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [10] и Приказ Министерства образования и науки РФ от 23.08.2017 г. №816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» позволяют любой организации, имеющей лицензию на «образование профессиональное дополнительное», без контроля отраслевого Министерства разрабатывать и реализовывать собственные образовательные программы, причем без какого-либо «непосредственного взаимодействия педагогического работника с обучающимся в аудитории» на протяжении всего периода подготовки — от регистрации и до выдачи соответствующего документа. Этим, как показал наш опыт последипломной работы, активно воспользовались многочисленные «иные» организации, основная деятельность которых не имеет никакого отношения ни к образованию, ни к медицине.

В значительной мере формированию перекосов в обеспечении качества последипломной образовательной среды способствовали, по нашему мнению, некоторые нормы Федерального закона №44-ФЗ и прежде всего то, о чем уже упоминалось выше — доминирование цены при определении победителя при закупке интеллектуального продукта. В таких условиях качественные информативные образовательные программы, соответствующие требованиям отраслевого Министерства, становятся неконкурентоспособными, так как их подготовка требует серьезных материальных, информационных и интеллектуальных ресурсов. Как результат — государственные и, в первую очередь, федеральные образовательные учреждения, реализующие качественные образовательные программы, вытесняются с рынка образовательных услуг многочисленными «иными» организациями,

выигрывающими электронные аукционы за счет не реальных для качественного исполнения услуги финальных цен. В дополнение к этому необходимо отметить, что в соответствии с Приказом Министерства экономического развития РФ от 29.10.2013 г. №631 «Об утверждении Типового положения (регламента) о контрактной службе» произошло отстранение непосредственного потребителя услуги — врача-специалиста от выбора образовательной программы. Эта функция перешла к контрактному управляющему, лицу, не заинтересованному в качестве образовательного продукта, специалисту совершенно другого направления трудовой деятельности и имеющего принципиально другие мотивации, как в отношении затрат при организации закупки, так и в отношении ее стоимости.

Повышению качества образовательных услуг, а значит и качеству последипломной подготовки медицинских работников, по нашему мнению, могло бы способствовать внесение изменений в действующую нормативную базу, позволяющие расширить права заказчика при определении поставщика образовательных услуг в ходе электронных торгов. В первую очередь это относится к ст. 93 «Осуществление закупки у единственного поставщика (подрядчика, исполнителя)» Федерального закона №44-ФЗ [11]. Ограниченный объем допустимых к расходованию средств, содержащийся в требованиях ч. 1 п. 4 этой статьи, не позволяет руководителю медицинской организации использовать данный резерв для закупки требуемых образовательных программ. Часть 1 п. 5 этой же статьи дает значительно больше прав руководителям государственных организаций при выборе единственного поставщика, определяя, что «...при этом годовой объем закупок, которые заказчик вправе осуществить на основании настоящего пункта ... на сумму, не превышающую шестисот тысяч рублей, не должен превышать пяти миллионов рублей или не должен превышать пятидесяти процентов совокупного годового объема закупок заказчика и не должен составлять более чем тридцать миллионов рублей». Проблема заключается в том, что эта часть

статьи существенно ограничивает круг заказчиков, имеющих право на ее использование: «осуществление закупки товара, работы или услуги государственным или муниципальным учреждением культуры, уставными целями деятельности которого являются сохранение, использование и популяризация объектов культурного наследия, а также иным государственным или муниципальным учреждением».

Наше предложение сводится к включению в перечень организаций, допущенных к работе с единственным поставщиком на условиях ч. 1, п. 5, ст. 93 44-ФЗ государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Предлагаем читать его в следующей редакции: «осуществление закупки товара, работы или услуги государственным или муниципальным учреждением культуры, уставными целями деятельности которого являются сохранение, использование и популяризация объектов культурного наследия, а также иным государственным или муниципальным учреждением ... государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения...» и далее по тексту.

Заключение

1. Современная нормативно правовая база предъявляет повышенные требования к системности и непрерывности последипломной подготовки специалистов отрасли здравоохранения, однако не позволяет в полной мере контролировать качество образовательного процесса ввиду массового выхода на рынок образовательных услуг организаций не подконтрольных отраслевому Министерству.

2. Внесение дополнений в часть 1, п. 5 статьи 93 Федерального закона от 05.04.2013 г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», расширяя права руководителей государственных и муниципальных медицинских учреждений при выборе поставщика дополнительных профессиональных образовательных программ, будет способствовать росту квалификации специалистов здравоохранения, повышению качества оказываемой медицинской помощи и повышению уровня удовлетворенности населения Российской Федерации.

Список литературы:

1. Минко Н.Т. Переход на модульные программы дополнительного профессионального образования как условие повышения качества подготовки медицинских работников // Материалы VIII международной научно-практической конференции «Россия и Европа: связь культуры и экономики» 2014: 92-96.
2. Чертухина О.Б., Хашина О.А., Есина М.В., Хозяинова О.Е. Использование инновационных образовательных технологий для повышения качества взаимодействия медицинского персонала и пациентов // Управление качеством медицинской помощи 2014; 1: 94-97.
3. Блашенцева С.А., Измалков С.Н. О внедрении системы непрерывного профессионального развития медицинских специалистов. Опыт самарской области // Заместитель главного врача 2013; 3(82): 59-63.
4. Чеснокова И.В. Структура и основные принципы непрерывного медицинского образования на современном этапе // Развитие образования 2019; 1(3): 58-60.
5. Карамова А.С. Кадровое обеспечение как фактор повышения конкурентоспособности государственных учреждений здравоохранения (на примере Краснодарского края) // Вестник Поволжского государственного университета сервиса. Серия: Экономика 2016; 4(46): 72-76.
6. Федеральный закон от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» [Электронный ресурс] // URL: <https://www.pro-goszakaz.ru/44fz-poslednyaya-redakciya> (дата обращения 30.11.2019)

7. Гуцелюк Е.Ф., Белокрылова О.С. Экономические риски системы государственных и муниципальных закупок // Вопросы регулирования экономики 2015; 4(6): 154-161.
8. Постановление ЦИК СССР от 09.03.1934 г. №348 «О подготовке врачей» [Электронный ресурс] // URL: <http://istmat.info/node/41631> (дата обращения 30.11.2019)
9. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс] // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/> (дата обращения 30.11.2019)
10. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // URL: <https://base.garant.ru/70291362/4c3e49295da6f451a0f5d18289c6432/> (дата обращения 30.11.2019)
11. Федеральный закон от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» [Электронный ресурс] // URL: <https://www.pro-goszakaz.ru/44fz-poslednyaya-redakciya> (дата обращения 30.11.2019)

Об авторах:

Филиппов Юрий Николаевич — заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Приволжского исследовательского медицинского университета Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, Нижний Новгород, profphilippov@inbox.ru

Коптева Лариса Николаевна — доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Приволжского исследовательского медицинского университета Минздрава России, кандидат медицинских наук, Нижний Новгород, lara.kopteva@yandex.ru

Дощаникова Ольга Александровна — ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Приволжского исследовательского медицинского университета, Нижний Новгород, docdosh@yandex.ru

Yuri Nikolaevich Filippov — head of the department of public health and healthcare, Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, MD, professor, Nizhny Novgorod

Larisa Nikolaevna Kopteva — associate professor of the department of public health and healthcare, Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, candidate of medical sciences, Nizhny Novgorod

Olga Aleksandrovna Doshannikova — assistant of the department of public health and healthcare, Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, Nizhny Novgorod

© Филиппов Ю.Н., Коптева Л.Н., Дощаникова О.А., 2020

Для цитирования:

Филиппов Ю.Н., Коптева Л.Н., Дощаникова О.А. Коллизия требований обеспечения качества дополнительного профессионального образования и условий определения поставщика образовательных услуг при осуществлении электронных торгов ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 112-119.

For citation:

Filippov YU.N., Kopteva L.N., Doshhannikova O.A. A collision of quality of additional professional education and conditions for determination of a provider of educational services with the implementation of electronic trading Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 112-119.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 19.04.2020 г.

Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ САНИТАРНЫХ НОРМ И ПРАВИЛ В ЧАСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РЕГЛАМЕНТИРОВАННЫХ ПЕРЕРЫВОВ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ СЛУЖБЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (РАБОТАЮЩИХ НА АППАРАТАХ УЗИ)

Одним из актуальных и спорных вопросов в трудовых взаимоотношениях между работодателями и подчиненными — это предоставление специальных перерывов в течении трудовой смены. Продолжительность и порядок предоставления таких перерывов устанавливаются правилами внутреннего трудового распорядка. Согласно Руководству по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса и СанПиН «Гигиенические требования при работах с источниками воздушного и контактного ультразвука промышленного, медицинского и бытового назначения» при систематической работе с источниками контактного ультразвука более половины рабочего времени необходимо устраивать два регламентированных перерыва, предназначенных для проведения физио-профилактических и общеукрепляющих процедур. Проведенный анализ нормативно-правовых документов говорит о неоднозначных выводах с точки зрения обязательств для исполнения медицинскими организациями вышеуказанных норм.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, регламентированные перерывы, здравоохранение

Islam Shakhobov, Yuri Melnikov, Alexey Smyshlyaev

LEGAL ASPECTS OF COMPLIANCE WITH THE REQUIREMENTS OF SANITARY NORMS AND RULES IN PART OF PROVISION OF REGULATED INTERRUPTIONS FOR EMPLOYEES OF THE ULTRASONIC AND FUNCTIONAL CASE FOR CARE

One of the pressing and controversial issues in the labor relationship between the employer and subordinate is the provision of special breaks. The duration and procedure for providing such breaks are established by the internal labor regulations. According to the Guidelines for the hygienic assessment of working environment and labor process factors and SanPiN «Hygienic requirements when working with sources of industrial air and contact ultrasound, medical and domestic purposes» in the systematic work with sources of contact ultrasound for more than half of the working time, it is necessary to arrange two regulated breaks designed for physiological prophylactic and general strengthening procedures. The analysis of regulatory documents indicates ambiguous conclusions. The regulation of this aspect is ambiguous in terms of obligations for medical organizations to fulfill the above standards.

Keywords: ultrasound diagnostics, regulated interruptions, healthcare

Соблюдения норм трудового законодательства является актуальным вопросом в связи с регулярными случаями нарушения

прав медицинских работников службы ультразвуковой диагностики. Одним из актуальных и спорных вопросов в трудовых

взаимоотношениях между работодателем и подчиненным это предоставление специальных перерывов. На отдельных видах работ предусматривается необходимость предоставления работникам специальных перерывов в течение рабочего времени, обусловленных технологией и организацией производства и труда, что определено частью 1 статьи 109 Трудового кодекса Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. №197-ФЗ (далее — ТК РФ). Продолжительность и порядок предоставления таких перерывов устанавливаются правилами внутреннего трудового распорядка. В соответствии с п. 1 ст. 72 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за формирование соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей отвечает руководитель медицинской организации [2, 3, 27, 28].

Согласно п. 5 приложения 7 Руководства Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 29 июля 2005 г.) и СанПиН 2.2.4/2.1.8.582-96 «Гигиенические требования при работах с источниками воздушного и контактного ультразвука промышленного, медицинского и бытового назначения» при систематической работе с источниками контактного ультразвука более половины рабочего времени необходимо устраивать два регламентированных перерыва, предназначенных для проведения физиопрофилактических и общеукрепляющих процедур (десятиминутный перерыв за 1-1,5 часа до обеденного перерыва и пятнадцатиминутный перерыв через 1,5-2 часа после обеденного перерыва) [18, 19].

При этом, согласно правовой позиции, изложенной в письме Федеральной службы по труду и занятости от 11 апреля 2012 г. №ПГ/2181-6-1 «О применении трудового законодательства в случае сдачи работником крови и ее компонентов в период ежегодного оплачиваемого отпуска, а также при предоставлении работникам в течение рабочего времени специальных перерывов»

(далее — Письмо Роструда №ПГ/2181-6-1), специальные перерывы следует включать в рабочее время. Учитывая изложенное, можно предположить, что руководителям медицинских организаций необходимо предусмотреть перерывы для врачей ультразвуковой и функциональной диагностики (работающих на аппаратах УЗИ) в правилах внутреннего трудового распорядка и других нормативно-распорядительных актов, включив их в рабочее время указанных работников. Ответственность же за соблюдение требований санитарных правил и норм может возлагаться в установленном порядке на руководителей и должностных лиц медицинских организаций в соответствии с внутренними приказами [4].

Проведенный анализ нормативно-правовых документов говорит о неоднозначных выводах. Так, СанПиН 2.2.4/2.1.8.582-96. 2.2.4. (утв. Постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 31.10.1996 №51), с 1 января 2017 года, применяется в части не противоречащей СанПиН 2.2.4.3359-16 «Гигиенические требования к физическим факторам на рабочих местах». Кроме того, следует обратить внимание, что п. 2 Письма Роструда №ПГ/2181-6-1 является позицией ведомства и носит исключительно рекомендательный характер. Обращаем внимание, что юридическую силу имеют разъяснения органа государственной власти, в случае если данный орган наделен в соответствии с законодательством Российской Федерации специальной компетенцией издавать разъяснения по применению положений нормативных правовых актов [19].

Анализ правоприменительной практики по вопросу корректного формирования расписания кабинета УЗИ-диагностики и ЭХО-кардиографии говорит о том, что единых алгоритмов при формировании расписания кабинетов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы нет. Так, в соответствии с п. 2.6 положению Приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 06.03.2012 №153 «О режиме работы государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных

условиях», режим работы отдельных подразделений и кабинетов, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, может быть установлен главным врачом учреждения с 7.00 (с семи часов утра) с целью повышения доступности медицинской помощи, а так же ликвидации очередности в поликлиниках на основании данных почасового мониторинга потока пациентов [5].

Согласно положениям Приказа Министерства здравоохранения РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее — Приказ Минздрава №541н), разделом II, в должностные обязанности главного врача медицинской организации входит, помимо прочего: руководство деятельностью медицинской организации; организация работы коллектива по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг населению; принятие мер по обеспечению выполнения работниками организации своих должностных обязанностей [6].

Приложением №1 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее — Приказ Минздравсоцразвития №543н) установлены правила организации деятельности поликлиники. Пунктом 3 указанного Приложения указано, что руководство поликлиникой осуществляется главным врачом (президентом, директором, заведующим, управляющим, начальником медицинской организации). Пунктом 7 Приложения предусмотрено, что структура поликлиники и штатная численность устанавливаются главным врачом поликлиники или руководителем медицинской организации (ее структурного подразделения), в структуру которой она входит, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической рабо-

ты, с учетом рекомендуемых штатных нормативов, установленных приложением №2 к Положению [7].

В большинстве Уставов амбулаторно-поликлинических учреждений города Москвы полномочия главного врача указаны в разделе 3.2 «Руководитель учреждения» и составляют, помимо прочего:

«3.2.2. К компетенции Руководителя Учреждения относятся вопросы осуществления руководства деятельностью Учреждения, за исключением вопросов, отнесенных федеральными законами, законодательством города Москвы к компетенции Учредителя Учреждения.

3.2.3. Главный врач организует выполнение решений Учредителя по вопросам деятельности Учреждения.

3.2.4. Главный врач Учреждения без доверенности действует от имени Учреждения, в том числе:

<...> утверждает структуру и/или штатное расписание Учреждения, утверждает должностные инструкции работников Учреждения и положения о подразделениях <...>;

подписывает правовые акты и иные локальные акты Учреждения <...> издает приказы и распоряжения, дает поручения и указания, обязательные для исполнения всеми работниками Учреждения;

<...>

обеспечивает соблюдение законности в деятельности Учреждения, контролирует работу и обеспечивает эффективное взаимодействие структурных подразделений Учреждения;

осуществляет иные полномочия, связанные с реализацией его компетенции.»

При формировании расписания кабинетов диагностики (УЗД, ЭхоКГ) необходимо учитывать следующие нормативные акты по вышеуказанным категориям исследований (см. таблицу) [10-12].

Согласно Письму Минюста России от 7 марта 2012 г. №01-17261/12 «О государственной регистрации нормативно-правовых актов федеральных органов исполнительной власти» (далее — Письмо Минюста России №01-17261/12), Министерство юстиции Российской Федерации в соответствии с

Положения НПА, регулирующие деятельность Эхо КГ, УЗДГ

Профиль	НПА	Положения
Эхо КГ (функциональная диагностика)	Приказ Минздрава РФ №283 от 30.11.1993 г. «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»	Приложение №2 устанавливает Положение об отделе, отделении, кабинете функциональной диагностики, согласно п. 3 которого деятельность отдела, отделения, кабинета функциональной диагностики регламентируется соответствующими нормативными документами и настоящим Положением. Пункт 9 Приложения №2 указывает, что нагрузка специалистов определяется задачами отдела, отделения, кабинета функциональной диагностики, положением об их функциональных обязанностях, а также расчетными нормами времени на проведение различных исследований. Расчетные нормы времени для проведения ЭхоКГ исследований устанавливаются разделом 5.1 Приложения №7. При этом за условную единицу времени принимается 10 минут. Использование расчетных норм времени на функциональные исследования для учета и анализа деятельности кабинета (отделения) функциональной диагностики установлены разделом 2 Инструкции по применению расчетных норм времени на функциональные исследования (Приложение №8).
	Приказ Минздрава РФ №997 от 26.12.2016 г. «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований»	Приложением №4 к Правилам устанавливаются правила организации деятельности кабинета функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы.
Ультразвуковая диагностика	Приказ Минздрава РФ №132 от 02.08.1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики»	Приложением №7 установлено Положение об отделении (кабинете) ультразвуковой диагностики, согласно пунктам 2, 3 которого руководство отделением (кабинетом) ультразвуковой диагностики осуществляется заведующим, а работа отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики организуется в соответствии с Положением об отделе лучевой диагностики, настоящим Положением и другими нормативными документами.

Профиль	НПА	Положения
Ультразвуковая диагностика	Приказ Минздрава РФ №132 от 02.08.1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики»	Приложением №22 установлены примерные расчеты времени на проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований. Стоит обратить особое внимание на примечания: · Расчетная норма нагрузки на врача ультразвуковой диагностики при 6,5 часовом рабочем дне — 33 условные единицы. · За условную единицу принимается работа продолжительностью 10 минут. · При сочетанных исследованиях нескольких органов расчетные нормы на каждый последующий орган сокращаются на 5 минут. · При исследовании детей норма времени увеличивается на 10%.
	Гигиенические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования.	2.2.4. Физические факторы производственной среды. 2.2.9. Состояние здоровья работающих в связи с состоянием производственной среды. Руководство Р 2.2.4/2.2.9.2266-07.
		Пунктом 6.11 определено, что врачи УЗИ должны соблюдать режимы труда: рекомендуется устраивать два 10-минутных перерыва в течение рабочей смены для проведения физиотерапевтических процедур и других профилактических процедур.

Правилами подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации, утвержденными постановлением Правительства РФ от 13.08.1997 №1009 (ред. от 28.03.2020) «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации», осуществляет государственную регистрацию нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти. Решение о необходимости государственной регистрации актов федеральных органов исполнительной власти принимается после их представления в установленном порядке на государственную регистрацию в Минюст России [8, 9, 13, 14].

Руководство Р 2.2.2006-05 «Руководство, по гигиенической оценке, факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда», утвержденное Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 29 июля 2005 г., постановление Минтруда России от 09.10.2001 №72 «Об утверждении Межотраслевых правил по охране труда при электро- и газосварочных работах» и постановление Минтруда России от 14.10.1999 №37 «Об утверждении Межотраслевых правил по охране труда при производстве и применении ртути» на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации в установленном порядке не представлялись [15-18].

Санитарные нормы СН 2.2.4/2.1.8.562-96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки», утвержденные постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 31.10.1996 №36, СН 2.2.4/2.1.8.566-96 «Производственная вибрация, вибрация в помещениях жилых и общественных зданий», утвержденные постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 31.10.1996 №40, СН 2.2.4/2.1.8.583-96 «Инфразвук на рабочих местах, в жилых и общественных помещениях и на территории жилой застройки», утвержденные постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 31.10.1996 №52, а также санитарные правила и нормы СанПин 2.2.4/2.1.8.582-96 «Гигиенические требования при работах с источниками воздушного и контактного ультразвука промышленного, медицинского и бытового назначения», утвержденные постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 31.10.1997 №51, СанПин 2.2.4/2.1.8.548-96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений», утвержденные постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 01.10.1996 №21 на государственную регистрацию в Минюсте России в установленном порядке не представлялись [19-24].

Вместе с тем, действовавший на момент принятия названных санитарных норм и санитарных правил и норм Закон Российской Федерации от 19.04.1991 №1034-1 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» не содержал требования об их обязательном представлении на государственную регистрацию в Минюст России [1].

Положение, согласно которому санитарные правила и нормы подлежат регистрации, предусмотрено Федеральным законом от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», который вступил в силу после принятия названных актов [29, 30].

Вместе с тем, в Письме Минюста России №01-17261/12 указано, что государственная регистрация нормативных актов министерств и ведомств Российской Федерации, затрагивающих права и законные интересы граждан или носящих межведомственный характер, введена с 15.05.1992 (пункт 1 постановления Прави-

тельства Российской Федерации от 08.05.1992 №305 «О государственной регистрации ведомственных нормативных актов») [13].

Таким образом, санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров, утвержденные Главным государственным санитарным врачом СССР 31.07.1991 №5804-91, и санитарные нормы ультрафиолетового излучения в производственных помещениях, утвержденные Главным государственным санитарным врачом СССР 23.02.1988 №4557-88, не подлежали представлению на государственную регистрацию в Минюст России. Кроме того, согласно положению о Министерстве юстиции РФ, утвержденному Указом Президента РФ от 13.04.2004 №1313, разъяснение действующего законодательства, а также действий федеральных органов исполнительной власти не отнесено к компетенции Минюста России [25, 26, 30].

Можно с глубокой долей уверенности сказать, что регулирование данного аспекта является неоднозначным с точки зрения обязательств для исполнения медицинскими организациями вышеуказанных норм. Судебной практики по решению вопроса о перерывах в настоящее время нет. Обязательны те акты, которые были зарегистрированы в Минюсте и официально были опубликованы. Так же стоит обратить внимание на разъяснения Минюста. В нем говорится, что в 1996 году не было установлено законом о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения обязательств представлять СанПиНы на регистрацию в Минюст РФ, однако эта обязанность была введена в 1992 году. Отсюда следует, что СанПин все же должен был пройти регистрацию в Минюсте, хоть и не это установлено действующим законом о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения. Авторы статьи настаивают на том, что есть сомнения в обязательности его исполнения. Поэтому, при систематической работе с источниками контактного ультразвука более половины рабочего времени необходимость устраивать два регламентированных перерыва, предназначенных для проведения физиопрофилактических и общеукрепляющих процедур является не обязательным для работодателей в настоящее время и могут не включаться в рабочее время.

Список литературы:

1. Закон РСФСР от 19.04.1991 №1034-1 (ред. от 21.07.1998) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4073/ (дата обращения: 01.04.2020)
2. Платонова Н.И., Смышляев А.В. Проблемы нормативно-правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации // Право и политика. 2018. №8. С. 114-121.
3. Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю. Принципы правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи уполномоченными государственными (муниципальными) медицинскими организациями в амбулаторных условиях в Российской Федерации // Юридические исследования. 2018. №7. С. 1-9.
4. Письмо Федеральной службы по труду и занятости от 11 апреля 2012 г. №ПГ/2181-6-1 «О применении трудового законодательства в случае сдачи работником крови и ее компонентов в период ежегодного оплачиваемого отпуска, а также при предоставлении работникам в течение рабочего времени специальных перерывов» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70067920/> (дата обращения: 01.04.2020)
5. Приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 06.03.2012 №153 «О режиме работы государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях» // URL: <http://docs.cntd.ru/document/537946673> (дата обращения: 01.04.2020)
6. Приказа Министерства здравоохранения РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // URL: <https://base.garant.ru/12178397/> (дата обращения: 01.04.2020)
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // URL: <https://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения: 01.04.2020)
8. Письму Минюста России от 7 марта 2012 г. №01-17261/12 «О государственной регистрации нормативно-правовых актов федеральных органов исполнительной власти» // URL: <https://base.garant.ru/71357424/> (дата обращения: 01.04.2020)
9. Письмо от 10 февраля 2017 года №09-2438-17-16. О рассмотрении обращения. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека // URL: <http://docs.cntd.ru/document/456045022> (дата обращения: 01.04.2020)
10. Приказ Минздрава РФ №283 от 30.11.1993 г. «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» // URL: <http://docs.cntd.ru/document/901743641> (дата обращения: 01.04.2020)
11. Приказ Минздрава РФ №997 от 26.12.2016 г. «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71511460/> (дата обращения: 01.04.2020)
12. Приказ Минздрава РФ №132 от 02.08.1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики» // URL: <http://docs.cntd.ru/document/58834216> (дата обращения: 01.04.2020)
13. Письмо Минюста России от 7 марта 2012 г. №01-17261/12 «О государственной регистрации нормативно-правовых актов федеральных органов исполнительной власти» // URL: <https://base.garant.ru/71357424/> (дата обращения: 01.04.2020)
14. Постановление Правительства РФ от 13.08.1997 №1009 (ред. от 28.03.2020) «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_15490/ (дата обращения: 01.04.2020)

15. Постановление Минтруда РФ от 09.10.2001 №72 «Об утверждении Межотраслевых правил по охране труда при электро- и газосварочных работах» // URL: <https://base.garant.ru/183940/> (дата обращения: 01.04.2020)
16. Постановление Минтруда РФ от 14.10.1999 №37 Об утверждении Межотраслевых правил по охране труда при производстве и применении ртути // URL: <https://legalacts.ru/doc/postanovlenie-mintruda-rf-ot-14101999-n-37/> (дата обращения: 01.04.2020)
17. Постановление Правительства РФ от 08.05.1992 №305 (с изм. от 13.04.1993) «О государственной регистрации ведомственных нормативных актов» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_473/ (дата обращения: 01.04.2020)
18. Руководства Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 29 июля 2005 г.) // URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200040973> (дата обращения: 01.04.2020)
19. СанПиН 2.2.4/2.1.8.582-96 Гигиенические требования при работах с источниками воздушного и контактного ультразвука промышленного, медицинского и бытового назначения // URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200000154> (дата обращения: 01.04.2020)
20. СанПиН 2.2.4.3359-16 «Гигиенические требования к физическим факторам на рабочих местах» // URL: <http://docs.cntd.ru/document/420362948> (дата обращения: 01.04.2020)
21. СанПиН 2.2.4/2.1.8.562-96. 2.2.4. Физические факторы производственной среды. 2.1.8. Физические факторы окружающей природной среды. Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки. Санитарные нормы» (утв. Постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 31.10.1996 №36) // URL: <https://base.garant.ru/4174553/> (дата обращения: 01.04.2020)
22. СанПиН 2.2.4/2.1.8.566-96. 2.2.4. Физические факторы производственной среды. 2.1.8. Физические факторы окружающей природной среды. Производственная вибрация, вибрация в помещениях жилых и общественных зданий. Санитарные нормы» (утв. Постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 31.10.1996 №40) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_93847/ (дата обращения: 01.04.2020)
23. СанПиН 2.2.4/2.1.8.583-96. 2.2.4. Физические факторы производственной среды. 2.1.8. Физические факторы окружающей природной среды. Инфразвук на рабочих местах, в жилых и общественных помещениях и на территории жилой застройки. Санитарные нормы» (утв. Постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 31.10.1996 №52) // URL: <https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4294851/4294851486.htm> (дата обращения: 01.04.2020)
24. СанПиН 2.2.4.548-96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений» (утв. постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 1 октября 1996 г. №21) // URL: <https://base.garant.ru/4173106/> (дата обращения: 01.04.2020)
25. Санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров (утв. Главным государственным санитарным врачом СССР 31.07.1991 №5804-91) // URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200029357> (дата обращения: 01.04.2020)
26. Санитарные нормы ультрафиолетового излучения в производственных помещениях (утв. Главным государственным санитарным врачом СССР 23.02.1988 №4557-88) // URL: <https://legalacts.ru/doc/sanitarnye-normy-ultrafioletovogo-izluchenija-v-proizvodstvennykh-pomeshchenijakh/> (дата обращения: 01.04.2020)
27. Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 №197-ФЗ (ред. от 16.12.2019) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 01.04.2020)
28. Федеральный закон от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 27.12.2019) // URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025> (дата обращения: 01.04.2020)

29. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // URL: <https://base.garant.ru/12115118/> (дата обращения: 01.04.2020)
30. Указ Президента РФ от 13.10.2004 №1313 (ред. от 27.03.2020) «Вопросы Министерства юстиции Российской Федерации» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_49892/ (дата обращения: 01.04.2020)

Об авторах:

Шахабов Ислам Висханович — заместитель заведующего организационно-методическим отделом Научно-практического клинического центра диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы, кандидат медицинских наук, Москва

Мельников Юрий Юрьевич — ведущий научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, кандидат медицинских наук, Москва

Смышляев Алексей Викторович — ведущий научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, кандидат медицинских наук, Москва, alexeysmishlyaev@yandex.ru

Islam Viskhanovich Shakhobov — Deputy Head of the Organizational and Methodological Department of the Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department, PhD in Medicine, Moscow

Yuri Yurievich Melnikov — Leading researcher of Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russia Federation, PhD in Medicine, Moscow

Alexey Viktorovich Smyshlyaev — Leading researcher of Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russia Federation, PhD in Medicine, Moscow, alexeysmishlyaev@yandex.ru

© Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В., 2020

Для цитирования:

Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Нормативно-правовые аспекты соблюдения требований санитарных норм и правил в части предоставления регламентированных перерывов для сотрудников службы ультразвуковой и функциональной диагностики (работающих на аппаратах УЗИ) // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (II). С. 120-128.

For citation:

Shakhobov I.V., Melnikov Y.Y., Smyshlyaev A.V. Legal aspects of compliance with the requirements of sanitary norms and rules in part of provision of regulated interruptions for employees of the ultrasonic and functional case for care // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (II). P. 120-128.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 09.04.2020 г.

Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ДЛЯ ВРАЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА «ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА»)

В настоящее время существует дефицит врачей-рентгенологов в Российской Федерации. Наряду с этим, существуют трудности с трудоустройством для специалистов, получивших специальность «медицинская биофизика» на данную врачебную должность. Работодатель может на законных основаниях взять на работу данного специалиста, но нормативно-правовые акты в данной сфере противоречат друг другу, что вызывает трудности для медицинских организаций и их сотрудников. Профессиональный стандарт врача-рентгенолога, утвержденный Приказом Минтруда №160н и квалификационные требования, утвержденные в приказе Минздрава №707н расходятся в вопросе о возможности занимать должность врача-рентгенолога выпускникам не медицинских ВУЗов. Согласно же статье 350 Трудового кодекса Российской Федерации квалификационные требования к медицинским работникам должны соответствовать требованиям, указанным в квалификационных справочниках или в профессиональных стандартах. Таким образом, работодатель вправе при установлении квалификационных требований к должности «врач-рентгенолог» руководствоваться требованиями квалификационного справочника. Данная неоднозначная в правовом плане ситуация может повлиять на восполнение дефицита кадров врачей-рентгенологов в системе здравоохранения Российской Федерации.

Ключевые слова: профессиональный стандарт, рентгенолог, здравоохранение, дефицит, кадры, квалификационные требования

Islam Shakhobov, Yuri Melnikov, Alexey Smyshlyaev

PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF PROFESSIONAL STANDARDS FOR DOCTOR SPECIALTIES IN THE RUSSIAN FEDERATION (EXAMPLE OF THE PROFESSIONAL STANDARD OF RADIOLOGIST)

Currently, there is a shortage of radiologists in the Russian Federation. Along with this, there are difficulties with finding a job for a specialist who has received the specialty of «Medical Biophysics». An employer may legally hire this specialist. Regulations in this area contradict each other, which causes difficulties for medical organizations and their employees. The professional standard of a radiologist approved by Order of the Ministry of Labor №160n and the qualification requirements approved in the order of the Ministry of Health No. 707n differ on the possibility of occupying the position of a radiologist to graduates of non-medical universities. According to article 350 of the Labor Code of the Russian Federation, qualification requirements for medical workers must comply with the requirements specified in qualification manuals or professional standards. Thus, the employer has the right to be guided by the requirements of the qualification handbook when establishing the qualification requirements for the position «Radiologist». This legal ambiguous situation may affect the replenishment of the staff deficit of radiologists in the healthcare system of the Russian Federation.

Keywords: professional standard, radiologist, healthcare

С ростом числа оборудования в Российской Федерации увеличивается и количество врачей-рентгенологов. Так, в 2012-2017 гг. рост числа врачей-рентгенологов вырос более чем на 20%, число единиц оборудования лучевой диагностики за данный период увеличилось более чем на 8%. В целом по Российской Федерации в 2018 году зарегистрировано более 17 тыс. врачей рентгенологов, из них около 46,0% работают в стационарах круглосуточного пребывания и около 54,0% в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. С ростом кадров в абсолютном выражении отмечается дефицит занимаемых должностей по отношению к необходимому штатному числу врачей данной специальности, что составляет по Российской Федерации около 14,0% [10].

Одной из трудностей, с которой может встретиться врач-специалист, получивший специализацию по «рентгенологии» после окончания ВУЗа по специальности «Медицинская биофизика» (30.05.02), это проблемы с трудоустройством. Так, например, выпускники немедицинских ВУЗов по вышеуказанной специальности могли пройти обучение в ординатуре по специальности «рентгенология» с получением сертификата специалиста до 2019 года. Поэтому, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (с изменениями и дополнениями от 15.06.2017 №328н) (далее — Приказ Минздрава №707н), работодатель может на законных основаниях взять на работу данного специалиста [7]. Но на практике не все так однозначно. Работодатель может отказать данному специалисту в заключении трудового договора. Сотрудники отдела кадров могут сослаться на профессиональный стандарт врача-рентгенолога, утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 19 марта 2019 г. №160н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-рентгенолог» (далее — Про-

фстандарт или Приказ Минтруда №160н), который ранее мог быть введен в медицинской организации [6]. Данный профессиональный стандарт разрабатывался в том числе специалистами Российского Общества Рентгенорадиологов. В соответствии с Профстандартом, специалисты с образованием по направлениям «Медицинская биофизика» и «Медицинская кибернетика» не имеют права поступать в ординатуру по специальности «Рентгенология» и соответственно, осуществлять деятельность врача-рентгенолога. В Профстандарте нет уточнений, относится ли данное ограничение к специалистам, получившим дипломы и сертификаты до 2019 года или ранее. Квалификационные требования, утвержденные в приказе Минздрава №707н и его редакции от 15.06.2019, допускают наличие образования по специальностям «Медицинская биофизика» и «Медицинская кибернетика». В среде специалистов ведутся дискуссии о внесении дополнений в Приказ Минздрава №707н. Помимо этого, позиция Министерства здравоохранения РФ гласит о том, что выпускники ВУЗов по специальности «Медицинская биофизика» имеют право заниматься медицинской деятельностью и занимать должность врача-рентгенолога. В то же время нет приказов профильного ведомства или «свежих» редакций профессионального стандарта и/или квалификационных требований, нивелирующих противоречие Приказов Минздрава №707н и Приказ Минтруда №160н. Встает вопрос, стоит ли пересмотреть профессиональный стандарт врача-рентгенолога, а так же указанные приказы органов государственной власти, уточняющих статус и возможности трудоустройства врачей-биофизиков и врачей-кибернетиков, получивших образование в ординатуре по специальности «врач-рентгенолог» до 2019 г. [8, 9].

Сложившаяся правоприменительная практика говорит о том, что согласно статье 350 Трудового кодекса Российской Федерации (далее — ТК РФ) квалификационные требования к медицинским работникам должны соответствовать требованиям, указанным в квалификационных справочниках

или в профессиональных стандартах [14]. Актуальная редакция квалификационного справочника утверждена Приказом Минздрава №707н. Актуальная редакция Профстандарта утверждена Приказом Минтруда №16он. Согласно статье 195.3 ТК РФ, требования к квалификации работников, содержащиеся в профессиональных стандартах, обязательны для работодателя в случаях, если они установлены ТК РФ, другими федеральными законами, иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации. В связи с этим, несмотря на требования к должности, установленные квалификационным справочником, работодатель вправе руководствоваться введенным Профстандартом.

В связи с вступлением в силу с 1 июля 2016 года поправок в Трудовой кодекс РФ, регламентирующих порядок применения работодателями профессиональных стандартов, применение действующих профессиональных стандартов стало обязательным. В соответствии с частью второй ст. 195.1 ТК РФ, профессиональный стандарт представляет собой характеристику квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции. Согласно ст. 57 ТК РФ, если в соответствии с ТК РФ, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством РФ, или соответствующим положениям профессиональных стандартов [15, 16]. Указанная норма ст. 57 ТК РФ предполагает наличие у работодателя права выбора того, какой именно документ применять в случае включения одной и той же должности как в квалификационный справочник, так и в профессиональный стандарт [14].

В соответствии с п. 1.2 Номенклатуры, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. №1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (далее — Приказ Минздрава №1183н), врач-рентгенолог является медицинским работником, относящимся к специалистам с высшим профессиональным (медицинским) образованием (врачи). Так как медицинским работникам предоставляются компенсации, льготы (ст. 350 ТК РФ), квалификационные требования к должностям этих работников должны соответствовать требованиям, указанным в квалификационных справочниках или в профессиональных стандартах (ч. 2 ст. 57 ТК РФ) [4].

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (с изменениями и дополнениями) (далее — Приказ Минздравсоцразвития №541н) был утвержден раздел Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» [5]. В соответствии с указанным приказом, установлены следующие квалификационные требования к должности «Врач-рентгенолог»: высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медицинская биофизика», «Медицинская кибернетика», «Стоматология» и послевузовское профессиональное образование (интернатура и (или) ординатура) по специальности «Рентгенология» или профессиональная переподготовка по специальности «Рентгенология» (при наличии одной из специальностей: «Авиационная и космическая медицина», «Акушерство и гинекология», «Анестезиология-реаниматология», «Водолазная медицина», «Дерматовенерология» и др.) без предъявления к стажу работы.

Также Приказом Минтруда №160н утвержден Профстандарт врача-рентгенолога. В соответствии с п. 3.1 стандарта предъявляются следующие требования к должности «Врач-рентгенолог»: высшее образование (специалитет) по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия» и подготовка в интернатуре и (или) ординатуре по специальности «Рентгенология». Профессиональная переподготовка по специальности «Рентгенология» при наличии подготовки в интернатуре и (или) ординатуре по одной из специальностей: «Акушерство и гинекология», «Анестезиология-реаниматология», «Детская хирургия», «Детская онкология», «Детская эндокринология», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Инфекционные болезни», «Кардиология», «Колопроктология», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Нефрология», «Неврология», «Нейрохирургия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пульмонология», «Радиология», «Ревматология», «Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Скорая медицинская помощь», «Торакальная хирургия», «Терапия», «Травматология и ортопедия», «Ультразвуковая диагностика», «Урология», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Эндокринология» [1-3].

Таким образом, в приведенной ситуации работодатель (медицинское учреждение) вправе при установлении квалификационных требований к должности «Врач-рентгенолог» руководствоваться требованиями квалификационного справочника.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 27 июня 2016 г. №584 «Об особенностях применения профессиональных стандартов в части требований, обязательных для применения государственными внебюджетными фондами Российской Федерации, государственными или муниципальными учреждениями, государственными или муниципальными унитарными предприятиями, а также государственными корпорациями, государственными компаниями и хозяйственными обществами, более пятидесяти

процентов акций (долей) в уставном капитале которых находится в государственной собственности или муниципальной собственности» (далее — Постановление Правительства РФ №584), профессиональные стандарты в части требований к квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции, установленных ТК РФ, другими федеральными законами, актами Президента РФ, Правительства РФ и федеральных органов исполнительной власти, применяются в том числе государственными и муниципальными учреждениями поэтапно на основе утвержденных указанными организациями с учетом мнений представительных органов работников планов по организации применения профессиональных стандартов. В соответствии с Информационным письмом Общероссийского Профсоюза образования от 10.03.2017 №122 «Об актуальных вопросах применения профессиональных стандартов», реализация мероприятий должна быть осуществлена не позднее 1 января 2020 г. [6, 11-13].

Однако, Постановление Правительства РФ №584 не предусматривает для государственных учреждений никаких дополнительных случаев применения профессиональных стандартов по сравнению со ст. 195.3 ТК РФ. Данный нормативный акт лишь устанавливает необходимость осуществления данной категорией работодателей мероприятий, направленных на обеспечение соответствия их работников требованиям профессиональных стандартов в тех случаях, когда они в соответствии с законодательством являются обязательными к применению в части требований к квалификации работников. Не исключает Постановление Правительства РФ №584 и права выбора учреждениями применения по одному должностям требований профессиональных стандартов или квалификационных справочников, установленного частью второй ст. 57 ТК РФ. В связи с этим, по мнению авторов статьи, несмотря на введение Профстандарта («врач-рентгенолог»), устанавливающего иные требования к должности, нежели установлен-

ные квалификационным справочником, медицинское учреждение вправе руководствоваться квалификационным справочником, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития №541н [1, 2, 6].

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно допустить, что работодатель имеет законное право отказать в трудоустройстве специалисту, окончившему ВУЗ (не медицинский) по специальности

«Медицинская биофизика» и имеющий сертификат специалиста «врач-рентгенолог». Это может произойти в том случае, если медицинская организация приняла внутренний распоряжением профессиональный стандарт. Если же медицинская организация не приняла медицинский стандарт, то она может руководствоваться другими источниками и трудоустраивать вышеуказанного специалиста.

Список литературы:

1. Кириллова Е.А., Михеев А.А., Павлюк А.В., Смышляев А.В. Основы административного права России. Москва, 2019. Сер. Научная мысль.
2. Морозов С.П., И.А. Трофименко, М.М. Дорохова Школа лучевой диагностики ЕМС — новые образовательные технологии и международный опыт. Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2017; 3: 104-109.
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 19 марта 2019 г. №160н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-рентгенолог» // URL: <https://base.garant.ru/72222516/> (дата обращения: 01.04.2020).
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. №1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» // URL: <https://base.garant.ru/70344038/> (дата обращения: 01.04.2020).
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://base.garant.ru/12178397/> (дата обращения: 01.04.2020).
6. Постановление Правительства РФ от 27 июня 2016 г. №584 «Об особенностях применения профессиональных стандартов в части требований, обязательных для применения государственными внебюджетными фондами Российской Федерации, государственными или муниципальными учреждениями, государственными или муниципальными унитарными предприятиями, а также государственными корпорациями, государственными компаниями и хозяйственными обществами, более пятидесяти процентов акций (долей) в уставном капитале которых находится в государственной собственности или муниципальной собственности» // URL: <https://base.garant.ru/71431038/> (дата обращения: 01.04.2020).
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (с изменениями и дополнениями от 15.06.2017 №328н) // URL: <https://base.garant.ru/71231064/> (дата обращения: 01.04.2020).
8. Платонова Н.И., Смышляев А.В. Проблемы нормативно-правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации // Право и политика. 2018; 8: 114-121.
9. Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю. Особенности государственного регулирования в сфере охраны здоровья граждан на современном этапе в Российской Федерации // Государственная власть и местное самоуправление. 2019; 7: 50-55.

10. Сахно Н.Н. Профессиональный стандарт «врач-рентгенолог» // Главврач. 2019; 6: 66-69.
11. Смышляев А.В., Мартиросян Т.Э., Жерелина О.Н. Административно-правовые проблемы проведения профилактики инфекционных заболеваний в Российской Федерации // Социально-политические науки. 2018; 3: 183-186.
12. Тюрин И.Е. Рентгенодиагностика тяжелой пневмонии и гриппа. Лучевая диагностика и терапия. 2016; 1: 13-16.
13. Тюрин И.Е. Лучевая диагностика в российской федерации в 2016 г. Вестник рентгенологии и радиологии. 2017; 98(4): 219-226.
14. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ (ред. от 16.12.2019) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 01.04.2020).
15. Информационное письмо Общероссийского Профсоюза образования от 10.03.2017 №122 «Об актуальных вопросах применения профессиональных стандартов» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71533672/> (дата обращения: 01.04.2020).
16. Щепин В.О. К вопросу о кадровом обеспечении подразделений лучевой диагностики. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014; 5: 42-45.

Об авторах:

Шахабов Ислам Висханович — заместитель заведующего организационно-методическим отделом Научно-практического клинического центра диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы, кандидат медицинских наук, Москва

Мельников Юрий Юрьевич — ведущий научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, кандидат медицинских наук, Москва

Смышляев Алексей Викторович — ведущий научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, кандидат медицинских наук, Москва, alexeysmishlyaev@yandex.ru

Islam Viskhanovich Shakhabov — Deputy Head of the Organizational and Methodological Department of the Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department, PhD in Medicine, Moscow

Yuri Yurievich Melnikov — Leading researcher of Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russia Federation, PhD in Medicine, Moscow

Alexey Viktorovich Smyshlyaev — Leading researcher of Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russia Federation, PhD in Medicine, Moscow, alexeysmishlyaev@yandex.ru

© Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В., 2020

Для цитирования:

Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Проблемы внедрения профессиональных стандартов для врачебных специальностей в Российской Федерации (на примере профессионального стандарта «врача-рентгенолога») // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 129-135.

For citation:

Shakhabov I.V., Melnikov Y.Y., Smyshlyayev A.V. Problems of implementation of professional standards for doctor specialties in the Russian Federation (example of the professional standard of radiologist) // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №1 (11). P. 129-135.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 09.04.2020 г.

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 УСТАНОВЛИВАЕТСЯ 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 ВОСНОВНОЙ 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, ЗАГЛОВОК, 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

