ISSN 2658-6312

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 9

№3–4

Москва
2023

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, 2023. Том 9. №3-4 (21-22). 164 с. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Редакционная коллегия:

Главный редактор

Павлова Юлия Владимировна
кандидат юридических наук, доцент

Члены коллегии

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

Каменская Наталья Андреевна
кандидат юридических наук

Куранов Владимир Григорьевич
кандидат юридических наук

Поспелова Светлана Игоревна
кандидат юридических наук

Техническая редакция:

Рамишвили Автандил Демурович
кандидат медицинских наук, доцент

Довнар Алексей Николаевич

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, 2023

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№3-4 [21-22]

Том 9

ИЮЛЬ - ДЕКАБРЬ 2023

Москва
2023

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№3-4 [21-22]

VOLUME 9

JULY - DECEMBER 2023

Moscow
2023

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2023. Vol 9. №3-4 (21-22). 164 p. URL: https://elibrary.ru/ title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board:

Editor-in-Chief

Yulia Vladimirovna Pavlova
candidate of legal Sciences, associate 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
candidate of legal Sciences

Vladimir Grigorievich Kuranov
candidate of legal Sciences

Svetlana Igorevna Pospelova
candidate of legal Sciences

Technical editorial board:

Avtandil Demurovich Ramishvili
candidate of medical Sciences, associate Professor

Alexey Nikolaevich Dovnar

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, 2023

От редакционной коллегии

В очередном выпуске журнала представлены работы авторов, посвящённые различным актуальным проблемам и аспектам медицинского права. В них отражено непрерывно происходящее изменение нормативно-правового регулирования деятельности и отношений, вызываемых динамичным развитием отрасли, общества в целом.

Необходимо с удовлетворением отметить, что среди авторов присутствуют молодые исследователи, материалы которых, посвященные сложным, многоплановым отраслевым проблемам, отличает тщательность и академизм, а также практические специалисты, поднимающие актуальные прикладные вопросы и представляющие опыт правовой практики на высоком компетентном уровне.

Традиционно представлены, выделенными в самостоятельный раздел, работы студентов, в которых они, совместно со своими руководителями, говорят о разнообразных вопросах правового регулирования медицинской деятельности.

В том, что касается тематики работ, можно сказать, что сохраняется высокая актуальность вопросов, сопряженных с массовыми инфекционными заболеваниями, с COVID-19. Им посвящены публикации об особенностях финансирования иммунопрофилактики и о её сложных и неоднозначных социальных аспектах.

Проблемам демографии, в которых тесно переплетены социальные, религиозные и медицинские направления, рассматриваемые через призму правового регулирования, посвящён обзор материалов о работе Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства, а также работа по анализу правоотношений, возникающих при рассмотрении проблемы прерывания беременности.

В современных условиях всё более острыми становятся вопросы производства и присутствия на рынке оригинальных и воспроизведённых препаратов, что нашло своё отражение в публикации о соответствующих патентных спорах.

Проблематика юридической ответственности, прав и обязанностей в здравоохранении является самостоятельным направлением медицинского права. В выпуске представлено

несколько относящихся к нему работ, каждая из которых представляет значительный интерес. В том числе, описан опыт по ятрогениям в статье о сравнительном анализе соответствующей правовой практики Японии и Тайваня.

В этом плане значительный интерес представляет работа с анализом такого крайне сложного явления как неосторожное сопричинение вреда при совершении ятрогенных преступлений.

Также одним из сложных практических вопросов, посвященная которому статья содержит предлагаемые авторами варианты решений, является представительство интересов пациентов при оказании им медицинской помощи.

Студенческие работы, охватывающие широкий круг проблем, демонстрируют активную заинтересованность будущих специалистов медицинским правом, стремление начинающих авторов к пониманию принципов правового регулирования, деталей теории и практики.

Редакция журнала, как и в предыдущие годы, будет развивать информационно-публицистическую работу, осуществляя эффективное взаимодействие с авторами. Присутствие издания в научном информационном пространстве призвано обеспечивать возможность исследователям, относящимся к различным дисциплинам, предоставлять результаты, имеющие отношение к медицинскому праву, всем заинтересованным читателям.

Содержание

РАЗДЕЛ I. ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Гришина Л. А., Данилов А. В. 13 ***Lyudmila Grishina, Alexander Danilov***

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

LEGAL ASPECTS OF FINANCING MEASURES FOR IMMUNOPROPHYLAXIS OF INFECTIOUS DISEASES

Довнар А. Н. 20 ***Alexey Dovnar***

«ПРАВО РЕБЁНКА НАЗЫВАТЬСЯ ЧЕЛОВЕКОМ ДО РОЖДЕНИЯ»: ОБЗОР ПРЕСС-КОНФЕРЕНЦИИ ПАТРИАРШЕЙ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ СЕМЬИ, ЗАЩИТЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

«RIGHT OF A CHILD TO BE CALLED A HUMAN BEFORE BIRTH»: REVIEW OF THE PRESS CONFERENCE OF THE PATRIARCHAL COMMISSION ON FAMILY, MATERNITY AND CHILD PROTECTION

Загороднюк Ю. К. 28 ***Yulia Zagorodnyuk***

ДЖЕНЕРИКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ: ПАТЕНТНЫЕ СПОРЫ

GENERIC DRUGS: PATENT DISPUTES

Кесаева Г. А., Ремизова А. А., Чеджемов С. Р. 34 ***Galina Kesaeva, Anna Remizova, Sergei Chedzhemov***

О КОВИД-ДИССИДЕНТСТВЕ КАК ЯВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ COVID-19

ABOUT COVID-DISSIDENCE AS A PHENOMENON OF SOCIAL LIFE DURING COVID-19

Лодвикова А. А. 47 ***Arina Lodvikova***

ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВА ЖЕНЩИНЫ НА ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: СООТНОШЕНИЕ ПРАВА ОТДЕЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА С ИНТЕРЕСАМИ ОБЩЕСТВА

RESTRICTION OF A WOMAN'S RIGHT TO AN INDUCED ABORTION: THE CORRELATION BETWEEN THE RIGHT OF THE INDIVIDUAL AND THE INTERESTS OF SOCIETY

РАЗДЕЛ II. ОСОБЕННОСТИ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ

Колотильщикова Е. В. 55 ***Elena Kolotilshchikova***

ПЯТЬ ФАТАЛЬНЫХ ОШИБОК В ЭПИКРИЗАХ (АНАЛИЗ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ)

FIVE FATAL ERRORS IN EPICRISES (ANALYSES OF JURISPRUDENCE)

Котляр О. С. 62 ***Olga Kotlyar***

ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В РАМКАХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

LEGAL RISKS IN THE LABOR ACTIVITY OF A MEDICAL SPECIALIST WITHIN THE FRAMEWORK OF CONCLUDING AN EMPLOYMENT CONTRACT AND CARRYING OUT WORK ACTIVITIES: PROBLEMS AND PROSPECTS

Роберт Б. Лефлер 68 ***Robert B. Leflar***

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О МЕДИЦИНСКИХ ТРАВМАХ В ДЕЙСТВИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ЯПОНИИ И ТАЙВАНЯ

MEDICAL INJURY LAW IN ACTION: JAPAN AND TAIWAN COMPARED

Лузанова И. М., Лебеденко М. А. 77 *Inna Luzanova, Maksim Lebedenko*

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ВОЗБУЖДЕНИЯ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ ПО ПРЕСТУПЛЕНИЯМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2020-2021 ГОДЫ

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF INITIATION OF CRIMINAL CASES FOR CRIMES IN THE FIELD OF HEALTHCARE IN THE ORENBURG REGION FOR 2020-2021

Радов В. В. 83 *Vladislav Radov*

НЕОСТОРОЖНОЕ СОПРИЧИНЕНИЕ В ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

NEGLIGENT CO-INCIDENCE IN IATROGENIC CRIMES

Шмарева Т. А., Глухова Л. С. 88 *Tatiana Shmareva, Lyubov Glukhova*

О ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВЕ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ON THE REPRESENTATION OF THE PATIENT'S INTERESTS IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES

РАЗДЕЛ III. ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ. ПРАВОВЫЕ, ЭТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Агапитова П. А., Тетерин А. В. 95 *Polina Agapitova, Alexander Teterin*

КОМПЕНСАЦИЯ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА КАК ФОРМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

COMPENSATION FOR MORAL DAMAGE AS A FORM OF RESPONSIBILITY OF A MEDICAL ORGANIZATION

Бородулин В. П., Бородулин Р. П., Чуйков О. Е. 101 *William Borodulin, Richard Borodulin, Oleg Chuikov*

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

VIOLATION OF THE RIGHTS OF PATIENTS AND THE RESPONSIBILITY OF DOCTORS IN THE HEALTHCARE SYSTEM

Груздов А. Ю., Симонян Р. З. 107 *Alexander Gruzdov, Rimma Simonyan*

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

THE PROBLEM OF ENSURING THE SAFETY OF A DOCTOR WHEN PROVIDING MEDICAL CARE AT HOME

Емельянов С. А., Симонян Р. З. 112 *Sergey Emelyanov, Rimma Simonyan*

ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ФИНАНСОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ACCEPTANCE OF THE OFFER WHEN CONCLUDING A CONTRACT FOR PROVIDING PAID MEDICAL SERVICES BY MEDICAL ORGANIZATIONS

Макарцева К. П., Симонян Р. З. 119 *Karina Makartseva, Rimma Simonyan*

ПРОБЛЕМА РОСТА ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ НА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

THE PROBLEM OF THE GROWTH OF PATIENT COMPLAINTS AGAINST MEDICAL WORKERS

Примакова А. В., Симонян Р. З. 126 *Alina Primakova, Rimma Simonyan*

ПРОБЛЕМА ЛОЖНЫХ И НЕОБОСНОВАННЫХ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

THE PROBLEM OF FALSE AND UNWARRANTED CALLS TO EMERGENCY MEDICAL SERVICES

Семян Е. В., Симонян Р. З. 132 *Ekaterina Semyan, Rimma Simonyan*

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОДАЖИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭЛЕКТРОННЫХ ТОРГОВЫХ ПЛОЩАДКАХ (МАРКЕТПЛЕЙСАХ)

LEGAL ASPECTS OF THE SALE OF MEDICINES ON ELECTRONIC TRADING PLATFORMS (MARKETPLACES)

Серегин А. А., Симонян Р. З. 138 *Artem Seregin, Rimma Simonyan*

О ВЛИЯНИИ НАЛИЧИЯ СУДИМОСТИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ИХ ТРУДОУСТРОЙСТВО

TO THE QUESTION OF HOW THE CRIMINAL RECORD OF MEDICAL WORKERS AFFECTS THEIR EMPLOYMENT

Хачатрян В. А., Симонян Р. З. 143 *Vera Khachatryan, Rimma Simonyan*

О НЕОБХОДИМОСТИ ВВЕДЕНИЯ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРОПАГАНДУ ДЕТСКОГО ВЕГАНСТВА

ON THE NEED TO INTRODUCE CRIMINAL LIABILITY FOR THE PROMOTION OF CHILD VEGANISM

Чепеницкая О. А., Симонян Р. З. 149 *Olga Chepenitskaya, Rimma Simonyan*

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ ФОТО- И ВИДЕОСЪЕМКИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

LEGAL PROBLEMS OF PATIENTS TAKING PHOTOS AND VIDEOS IN MEDICAL INSTITUTIONS

РАЗДЕЛ I.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Гришина Л. А., Данилов А. В.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Соблюдение прав граждан в сфере иммунопрофилактики инфекционных болезней и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, совершенствование законодательства Российской Федерации в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний и санитарно-эпидемиологического благополучия населения — принципы государственной политики в области охраны здоровья граждан Российской Федерации. Финансирование мероприятий по иммунопрофилактике осуществляется за счёт бюджетных средств соответствующего бюджета (федерального, регионального), средств обязательного медицинского страхования, а также средств от приносящей доходы деятельности медицинских организаций и иных не запрещённых законом источников. В статье обозначены отдельные правовые вопросы организации и финансирования иммунопрофилактики, внесены предложения по совершенствованию законодательства в указанной сфере.

Ключевые слова: *иммунопрофилактика, инфекционные болезни, права граждан, бесплатные профилактические прививки, финансирование, правовое регулирование*

Lyudmila Grishina, Alexander Danilov

LEGAL ASPECTS OF FINANCING MEASURES FOR IMMUNOPROPHYLAXIS OF INFECTIOUS DISEASES

Observance of citizens' rights in the field of immunoprophylaxis of infectious diseases and provision of state guarantees related to these rights, improvement of the legislation of the Russian Federation in the field of immunoprophylaxis of infectious diseases and sanitary and epidemiological welfare of the population are the principles of state policy in the field of health protection of citizens of the Russian Federation. The financing of immunoprophylaxis measures is carried out at the expense of budgetary funds of the relevant budget (federal, regional), mandatory medical insurance funds, as well as funds from income-generating activities of medical organizations and other sources not prohibited by law. The article outlines certain legal issues of the organization and financing of immunoprophylaxis, and makes proposals to improve legislation in this area.

Keywords: *immunoprophylaxis, infectious diseases, citizens' rights, free preventive vaccinations, financing, legal regulation*

5 мая 2023 г. Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Тедрос Адханом объявил о завершении пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)[1]. Более чем трехлетний период глобальной эпидемии коронавирусной инфекции внёс существенные коррективы в организацию здравоохранения Российской Федерации, усилив внимание к вопросам профилактики заболеваний, особенно иммунопрофилактики инфекционных болезней.

Иммунопрофилактика инфекционных болезней представляет собой систему мероприятий, направленных на ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок[2].

Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года, утверждённая Распоряжением Правительства РФ от 18.09.2020 №2390-р, определила основные принципы государственной политики в области иммунопрофилактики:

- доступность для граждан профилактических прививок;
- обеспечение качества, эффективности и безопасности иммунобиологических препаратов;
- обеспечение национальной иммунобиологической безопасности путем развития производства качественных, безопасных и эффективных иммунобиологических препаратов на территории РФ по полному производственному циклу;
- соблюдение прав граждан в сфере иммунопрофилактики инфекционных болезней и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- совершенствование законодательства РФ в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- обеспечение социальной поддержки граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
- поддержка научных исследований и разработок в области иммунопрофилактики инфекционных болезней;
- доступность информации и повышение осведомленности населения в области иммунопрофилактики инфекционных болезней[3].

Устанавливая приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, государство ориентируется на комплекс мероприятий, обеспечивающих, во-первых, общественную профилактику, которая заключается в проведении общественных мероприятий по охране здоровья населения, и, во-вторых, индивидуальную профилактику, то есть профилактические мероприятия, осуществляемые каждым гражданином в целях сохранения своего здоровья, — ведение здорового образа жизни, личная гигиена, культура семейных отношений, рациональное питание и т.д.[4].

Отличительной особенностью индивидуальной иммунопрофилактики являются правовые последствия, связанные с отказом от прививок.

Отсутствие профилактических прививок влечёт за собой:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

1 Министерство иностранных дел Российской Федерации: официальный сайт. Москва // URL: https://www.mid.ru/ru/foreign_policy/news/1867841/ (дата обращения: 10.07.2023).

2 Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20315/ (дата обращения: 10.07.2023).

3 Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.09.2020 №2390-р «Об утверждении Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74591684/ (дата обращения: 10.07.2023).

4 Белянинова Ю. В., Гусева Т. С., Захарова Н. А. и др. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) // URL: https://base.garant.ru/57244851/ (дата обращения: 10.07.2023).

- временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Получение полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок и о последствиях отказа от них является правом гражданина, корреспондирующим с соответствующей обязанностью медицинских работников.

Статья 5 Федерального закона от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» устанавливает и иные права граждан в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, в том числе[5]:

- бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в медицинских организациях независимо от организационно-правовой формы, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;
- медицинский осмотр и при необходимости медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Действующий национальный календарь прививок, календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям утверждён приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 г. №1122н и регламентирует очерёдность вакцинации согласно возрасту и типу вакцин[6].

Одной из основных задач развития здравоохранения является совершенствование системы финансирования здравоохранения путем повышения эффективности использования ресурсов в здравоохранении[7].

Финансовое обеспечение противоэпидемических мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней, а также проведение профилактических прививок, включенных в Национальный календарь профилактических прививок, календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям находится в совместном ведении Российской Федерации и регионов.

Постановлением Правительства РФ от 05.10.2021 г. №1688[8] определены правила организации обеспечения медицинских

5 См. Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике…

6 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6.12.2021 №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» // URL: https://base.garant.ru/403258640/ (дата обращения: 10.07.2023).

7 Данилов А. В., Тютина С. М., Егорова Е. Н. К проблемам отнесения расходов медицинских организаций, оплаченных из средств обязательного медицинского страхования к нецелевому использованию // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21. №1. С. 58-67.

8 Постановление Правительства Российской Федерации от 5 октября 2021 г. №1688 «Об утверждении Правил организации обеспечения медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании, иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики в целях проведения профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов и отдельных положений нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации» // URL: https://base.garant.ru/402893189/ (дата обращения: 10.07.2023).

организаций независимо от организационно-правовой формы, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании, иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики в целях проведения профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок.

В частности установлено, что финансовое обеспечение расходных обязательств Российской Федерации, связанных с закупкой лекарственных препаратов, осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном законе о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период, и лимитов бюджетных обязательств, утвержденных Министерству здравоохранения Российской Федерации и перечисляемых федеральному казенному учреждению «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения граждан» Министерства здравоохранения Российской Федерации для организации и проведения закупок лекарственных препаратов.

Закупленные за счёт средств федерального бюджета лекарственные препараты поставляются Федеральному медико-биологическому агентству, федеральным учреждениям, а также уполномоченным органам для целей последующей передачи медицинским организациям. Движение и учет иммунобиологических лекарственных препаратов, полученных медицинскими организациями в соответствии с указанным порядком, являются объектом контроля, реализуемого в рамках мониторинга, утверждённого приказом Минздрава России от 03.11.2021 №1035н[9].

Указанное регулирование позволяет обеспечить реализацию гражданами права на бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Финансовое покрытие расходов медицинской организации на заработную плату сотрудников, принимающих непосредственное участие в иммунопрофилактике инфекционных заболеваний, осуществляется за счёт всех видов источников (средства соответствующего бюджета, средства обязательного медицинского страхования и средства от приносящей доход деятельности).

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования финансируются медицинский осмотр и, при необходимости, медицинское обследование перед профилактическими прививками, а также получение медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений.

При этом заработная плата среднего медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в постановке прививок, подлежит оплате за счёт средств обязательного медицинского страхования при соблюдении ряда условий. Во-первых, прививка включена в перечень, утверждённый национальным календарём прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Во-вторых, инфекционное заболевание, профилактика которого обеспечивается путем вакцинации, должно входить в базовую программу обязательного медицинского страхования. В-третьих, заработная плата за счёт средств обязательного медицинского страхования должна выплачиваться в доле расходов медицинской организации, приходящейся на медицинскую помощь, включённую в программу обязательного медицинского страхования.

Данный вывод следует на основе анализа действующего законодательства, регулирующего вопросы организации и финансирования медицинской помощи вообще и иммунопрофилактики в частности.

9 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.11.2021 №1035н «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга движения и учета иммунобиологических лекарственных препаратов в субъектах Российской Федерации...» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403073309/ (дата обращения: 10.07.2023).

Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» понятие профилактики определено как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания[10].

Профилактика заболеваний дифференцируются статьей 30 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан на профилактику инфекционных заболеваний и профилактику неинфекционных заболеваний, что позволяет сделать вывод о том, что иммунопрофилактика является составляющей частью профилактики в целом.

Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Ежегодно принимаемая программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год и на плановый период понятие «иммунопрофилактика» не содержит, устанавливая при этом, что финансовое обеспечение мероприятий, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Анализ приказа Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»[11] позволяет сделать вывод о том, что профилактика (в том числе иммунопрофилактика) осуществляется в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

Первичная медико-санитарной медицинской помощь финансируется за счёт средств обязательного медицинского страхования в части медицинской помощи при заболеваниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и за счет средств бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты[12].

Пунктом 192 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н, определено, что в расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с

10 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 13.06.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 11.07.2023).

11 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 №543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // URL: https://base.garant.ru/70195856/ (дата обращения: 10.07.2023).

12 Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 19.12.2022) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 10.07.2023).

оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе её предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги)[13].

Согласно подпункту 1) пункта 193 Правил обязательного медицинского страхования в составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), учитываются затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги). Соответственно, оплата труда штатных медицинских сестёр, принимающих участие в иммунопрофилактике заболеваний (путём проведения профилактических прививок), включённых в базовую программу обязательного медицинского страхования (например, вакцинация против гриппа) осуществляется за счёт средств обязательного медицинского страхования в доле расходов медицинской организации, приходящейся на медицинскую помощь, включённую в программу обязательного медицинского страхования.

Представляется, что определение в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи понятия «иммунопрофилактики» как составляющей первичной медико-санитарной медицинской помощи, а также конкретизация права медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, на оплату труда среднего медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в иммунопрофилактике путем проведения профилактических прививок, за счет средств обязательного медицинского страхования, обеспечит единообразие правоприменительной практики в указанной сфере и послужит цели совершенствования законодательства Российской Федерации в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в условиях реализации Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года.

13 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н (ред. от 13.12.2022) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/ (дата обращения: 10.07.2023).

Об авторах:

Гришина Людмила Александровна — начальник административно-правового управления ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, jurist@vrngmu.ru

Данилов Александр Валентинович — директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области, профессор кафедры управления в здравоохранении ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, доктор медицинских наук, доцент, Воронеж, idf-dav@omsvrn.ru

Lyudmila Alexandrovna Grishina — Head of the Administrative and Legal Department, FSBEI HE N. N. Burdenko VSMU MOH Russia, Voronezh

Alexander Valentinovich Danilov — director of Territorial Compulsory Medical Insurance for the Voronezh Region, Professor of the Department of Management in Healthcare, Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Doctor of Sciences in Medicine, associate professor, Voronezh

© Гришина Л.А., Данилов А.В., 2023

Для цитирования:

Гришина Л.А., Данилов А.В. Правовые аспекты финансирования мероприятий по иммунопрофилактике инфекционных болезней // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 13-19.

For citation:

Grishina L.A., Danilov A.V. Legal aspects of financing measures for immunoprophylaxis of infectious diseases // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 13-19.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 21.08.2023 г.

Довнар А. Н.

«ПРАВО РЕБЁНКА НАЗЫВАТЬСЯ ЧЕЛОВЕКОМ ДО РОЖДЕНИЯ»: ОБЗОР ПРЕСС-КОНФЕРЕНЦИИ ПАТРИАРШЕЙ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ СЕМЬИ, ЗАЩИТЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Глубокий демографический кризис, в котором многие годы находится Российское государство, ставит вопрос о поисках решения проблемы вымирания нации, усугубляющегося наряду с естественными причинами (болезнь, старость) еще и умышленным сокращением численности населения нашей страны через аборты. Для обсуждения проблематики сохранения народонаселения Патриаршей комиссией по вопросам семьи, защиты материнства и детства была организована пресс-конференция в информационном агентстве ТАСС. Автор обобщил прозвучавшие мнения, сформировав целостный взгляд на подходы к преодолению демографического кризиса.

Ключевые слова: *семейное право, беременность, права женщин, здравоохранение, аборты, статус эмбриона, демографический кризис, проблемы демографии, обсуждение*

Alexey Dovnar

«RIGHT OF A CHILD TO BE CALLED A HUMAN BEFORE BIRTH»: REVIEW OF THE PRESS CONFERENCE OF THE PATRIARCHAL COMMISSION ON FAMILY, MATERNITY AND CHILD PROTECTION

The deep demographic crisis, in which the Russian state has been for many years, raises the question of finding a solution to the problem of the extinction of the nation, which, along with natural causes (illness, old age), is aggravated by the deliberate reduction in the population of our country through abortion. To discuss the problems of preserving the people, the Patriarchal Commission on Family Affairs, Protection of Motherhood and Childhood organized a press conference at the TASS news agency. The author summarized the voiced opinions, forming a holistic view of approaches to overcoming the demographic crisis.

Keywords: *family law, pregnancy, women's rights, health care, abortion, status of the embryo, demographic crisis, demographic problems, discussion*

В Международный день защиты детей, 1 июня 2023 года, в информационном агентстве ТАСС прошла пресс-конференция «Право ребёнка называться человеком до рождения», организованная Патриаршей комиссией по вопросам семьи, защиты материнства и детства [3]. Модератором дискуссии выступила ведущий специалист пресс-центра ТАСС, корреспондент Виктория Кладиева, которая представила присутствующих экспертов, после чего сообщила, что фокус предстоящей дискуссии сосредоточится на правах ребёнка в период его перинатального развития в организме матери и неотъемлемом праве на рождение. В этой связи, как заметила модератор обсуждения, надлежит поговорить об актуальных демографических тенденциях в современной России, особенностях семейного и репродуктивного поведения россиян, правовых аспектах защиты детей до рождения, привлечь внимание общественности к негативному влиянию абортов на демографическую ситуацию в нашей стране и связанные с этим проблемы репродуктивного здоровья населения.

Право выступить первым было предоставлено депутату Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации (далее также — Госдума ФС РФ, ГД ФС РФ), первому заместителю руководителя фракции социалистической политической партии «Справедливая Россия — Патриоты — За правду» в ГД ФС РФ, первому заместителю председателя Комитета Госдумы ФС РФ по контролю Д. Г. Гусеву, который, обратив внимание на название праздника «Международный день защиты детей», задал вопрос: от кого мы защищаем наших детей? Не ожидая ответа на своё риторическое вопрошание, он предложил переименовать праздник в «День любви к детям».

Затем, в контексте заявленной темы пресс-конференции, выступающий отметил, что настала пора пересмотреть отношение к категории «право», которое необходимо толковать не как «право = возможность» (возможность родителей воспользоваться «правом» на нерождение ребёнка, а для ребёнка — возможность родиться, если родители не приняли решение об аборте[1]), но «право = защита человека от внешних факторов окружающей среды» (в данном случае защита от угрозы для ребёнка быть нерожденным по причине совершения родителями аборта), тем более, что для такого пересмотра уже имеются предпосылки, заключенные в уголовном законодательстве[2] России[3].

Как считает Д. Г. Гусев, необходимость пересмотра отношения к статусу ребёнка до рождения обусловлена серьезной демографической причиной — вымиранием российской нации, где «рекордсменами» по худшим показателям в рождаемости выступают Республика Мордовия, Ленинградская и Томская области, города Севастополь, Тула, Орел, Смоленск, Пенза и Саратов. Среди основных причин, согласно исследованиям Общественной палаты Российской Федерации, называются: отсутствие достаточного уровня материального положения (сегодня многодетная семья беднее семьи, где детей либо нет, либо их немного), неудовлетворительное состояние жилищных условий (понятно, что даже в Москве, где средняя квадратура равна 52 м², невозможно говорить о комфорте для семьи, воспитывающей трех детей, при одновременной невозможности купить жилье с большей квадратурой из-за высоких цен на жилье), боязнь за будущее (опасения родителей за невозможность детей поступить на бюджетную основу обучения в вузе и, как следствие, проблемы с дальнейшим трудоустройством).

Для того чтобы обозначенные в исследовании Общественной палаты Российской Федерации «препятствия» на пути к популяризации деторождения и многодетности были устранены, Д. Г. Гусев, ориентируясь на программные заявления социалистической партии «Справедливая Россия — Патриоты — За правду», предлагает предоставлять бесплатное высшее образование для многодетных семей[4], практическая польза которого доказана пилотным проектом Сахалинской области, где приняли такое решение и в результате за 5 лет реализации полезной инициативы достигли естественного прироста населения.

Далее слово для выступления было передано депутату Госдумы ФС РФ, члену Комитета ГД ФС РФ по бюджету и налогам, члену Счетной комиссии Госдумы ФС РФ, действительному государственному советнику Российской Федерации 3-го класса, заслуженному врачу Республики Татарстан, доктору медицинских наук, доценту А. З. Фаррахову, который представил статистические данные по количеству совершенных актов

1 Здесь и далее по тексту в скобках отмечены примечания автора обзора пресс-конференции в агентстве ТАСС.

2 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 17.06.1996. №25. Ст. 2954.

3 Здесь Д. Г. Гусев приводит выдержку из Уголовного кодекса Российской Федерации (п. «г» ч. 2 ст. 105), в соответствии с которой ребёнок, пусть и косвенно, но защищается уголовным законом от преступных посягательств.

4 К данной мере, по мнению Д. Г. Гусева, следует относиться не как к затратной мере, но как к инвестициям, поскольку через пять лет деньги, потраченные на бесплатное, то есть за государственный счет, образование детей из многодетных семей, возвратятся налогами в бюджет, потому что человек с высшим образованием получает зарплату на 30% минимум выше, чем человек без высшего образования.

искусственного прерывания беременности в нашей стране: в 2004 году — 1 790 525 случаев, а в 2021 году — 517 737 случаев, из чего делается вывод о ежегодном снижении числа совершаемых абортов на 6% [3]. При этом имеет место сильная дифференциация от региона к региону[5], где ввиду высокого уровня бедности количество абортов в Еврейской автономной области и в Республике Тыве в пять раз превышает приведенные выше показатели, тогда как под влиянием национального признака в республиках Дагестан и Чечня отмечается крайне низкий показатель по числу искусственных прерываний беременности.

Затем А. З. Фаррахов приводит три группы оснований для искусственного прерывания беременности: по желанию женщины, в результате изнасилования потерпевшей (социальное показание) и совокупность медицинских показаний, причем 85% об общего среди трех групп оснований числа совершаемых абортов приходится на основание «по желанию женщины». Примечательно, что ответом на вопрос «кто чаще всего совершает аборт?» служат следующие показатели: при третьей беременности — 77,7%, вторая беременность — 17,5%, при этом первая беременность — 4,5%. В таком статистическом диапазоне важно учитывать возраст потенциальных мамочек, которые решаются на искусственное прерывание беременности: менее 18 лет — 0,6%, возраст от 18 до 29 лет — 28,6%, возраст от 30 до 39 лет —58,6%, возраст от 40 до 49 лет — 12%. Имеет значение и тот факт, что доля изменивших решение (под влиянием различных факторов: беседа, изменение материального положения и другие) и сохранивших беременность составляет 11,5% [3].

Как и предыдущий докладчик, А. З. Фаррахов констатирует, что при получении деперсонифицированного анализа причин принятия решений об искусственном прерывании беременности преобладает показатель «экономические (материальные) трудности» — 80%, среди остальных: недостаточная площадь жилья — 14,3%; карьера, боязнь потерять работу — 5,4%; недостаток мест в дошкольных учреждениях — 0,2%, психологические причины — 2,2% [3]. В представленных статистических сведениях преобладает женщина, воспитывающая двух детей.

Ожидаемо то, что высоким негативным показателям статистики по анализируемому явлению способствует имеющаяся и продолжающаяся либерализация отечественного законодательства о здравоохранении, где закреплено право (в том числе как возможность, о которой писалось выше), женщины самостоятельно принимать решение о своем материнстве (даже и зачастую при отсутствии факторов, угрожающих её здоровью, а также при неимении каких бы то ни было иных адекватных, реальных и оправданных аргументов в пользу аборта), которое никто (даже те институции, которые проявляют реальное, а не номинальное попечение о, в том числе, репродуктивном здоровье женщины) не вправе ограничивать. Сюда же добавляется категория «информированное добровольное согласие»[6], которое одним своим словом «согласие» лишний раз стимулирует женщину пойти на искусственное прерывание беременности вместо её сохранения.

При очевидно безграничной либерализации российского законодательства по вопросу искусственного прерывания беременности дополнительно к этому имеется целый ряд принципиально важных проблем в данном аспекте:

1. до сих пор нет легального определения дефиниции «искусственное прерывание беременности»;

5 Здесь А. З. Фаррахов акцентирует внимание на проблемах, которые не позволяют составить объективную картину реального состояния дел в аспекте искусственного прерывания беременности для страны в целом. Речь идет, прежде всего, о неполучении региональными органами статистики и министерствами здравоохранения в субъектах Федерации данных о количестве абортов, совершенных в медицинских учреждениях частной формы собственности. Сюда же добавляется проблема учета медикаментозного прерывания беременности (лекарственного аборта).

6 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.

2. первостепенное внимание уделяется срокам беременности при одновременном отсутствии противопоказаний к искусственному прерыванию беременности;
3. при предоставлении женщине права самостоятельного принятия решения о совершении искусственного прерывания беременности мнение её супруга (а мы пойдем дальше и скажем полового партнера, участвующего в зачатии ребёнка) не учитывается (что по отношению к супругам противоречит статье 31 Семейного кодекса Российской Федерации);
4. решение о прерывании беременности пациентка вправе принимать самостоятельно с 15 лет, без учета мнения родителей (что противоречит статье 64 Семейного кодекса Российской Федерации[7]);
5. отсутствует ответственность за искусственное прерывание беременности самой женщиной.

Совокупность обозначенных проблем А. З. Фаррахов предлагает решать за счет концептуальных изменений отечественного законодательства, которое должно учесть:

1. сохранение права женщины решать вопрос о материнстве с учетом мнения супруга или полового партнера;
2. закрепление легального определения категории «искусственное прерывание беременности»;
3. заключение «контракта» между государством и женщиной, в случае отказа последней от искусственного прерывания беременности;
4. гарантирование всесторонней помощи за счет средств ОМС[8];
5. закрепление механизма дачи родителями согласия на искусственное прерывание беременности 15-летней пациентки, являющейся их дочерью;
6. распространение программы материнского капитала на третьего и последующих детей;
7. расширение участия и обусловленной этим участием роли традиционных конфессий в «период тишины», установленное федеральным законодательством;
8. усиление контроля за оборотом лекарственных препаратов для искусственного прерывания беременности.

«С 2020 года убыль населения ежегодно — более 500 тысяч человек, за 2021 год — 1 миллион 40 тысяч человек» [3], — такие данные привел директор проектов автономной некоммерческой организации «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов», руководитель Агентства социально-демографического развития Г. П. Сайфуллин, который отметил, что для снижения темпов убыли населения необходимо кратно увеличивать число многодетных семей, чей статус, однако, до сих пор не определен: одни регионы относят к многодетным семьям, где воспитываются трое детей до достижения старшим из них 18 лет, другие субъекты Федерации распространяют статус многодетной на семьи, где воспитываются дети и после достижения ими совершеннолетия при одновременном обучении детей в вузе до исполнения им 21-23 лет, а третья группа регионов определяет статус многодетности в зависимости от наличия мер социальной поддержки, обусловленных состоянием на военной службе или наличием инвалидности.

К дифференциации подходов, определяющих статус многодетной семьи для конкретного субъекта Федерации, добавляется еще целый ряд проблем, не позволяющих добиться увеличения рождаемости в нашей стране. Среди таковых приводятся: неудовлетворительное состояние жилищных условий семьи; материнский (семейный) капитал и региональные меры поддержки семей с детьми совокупно ограничиваются рождением третьего ребёнка, за исключением отдельных регионов нашей страны, где с рождением каждого последующего ребёнка меры поддержки только расширяются и увеличиваются, что надлежит учесть и

7 Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 01.01.1996. №1. Ст. 16.

8 Здесь А. З. Фаррахов отмечает, что данное предложение не повлечет увеличение расходных обязательств Российской Федерации и её субъектов, поскольку данная помощь будет оказываться за счет средств, эквивалентных затратам на искусственное прерывание беременности и экстракорпоральное оплодотворение, которые заложены и израсходуются сегодня на указанные цели в рамках ОМС.

распространить положительный опыт на всю многонациональную Россию.

Вместе с распространением положительного опыта Республики Мордовии и Камчатского края необходимо:

1. установить единый статус многодетных семей вне зависимости от субъекта Федерации, чтобы даже при смене места жительства члены семьи не теряли льготы, варьируемые от региона к региону, а меры поддержки, закрепленные в федеральном законодательстве, предоставлялись всем многодетным семьям одинаково, а не как сегодня, когда имеющиеся выплаты не начисляются ввиду разницы в подходах к определению статуса многодетной семьи;
2. установить прогрессивный материнский (семейный) капитал и направить его на расширение и улучшение жилищных условий многодетных семей;
3. развить государственную программу, утвержденную Правительством Российской Федерации[9], с точки зрения поддержки молодых семей, у которых уровень профессионализации не позволяет иметь высокие доходы для покупки жилья, но уровень здоровья является самым благоприятным для рождения детей;
4. разграничить демографические, компенсационные и социальные меры поддержки и связанные с ними выплаты, чтобы не провоцировать молодые семьи к распаду для получения им необходимых денежных средств;
5. рассмотреть возможность распространения регионального опыта, где ежегодно отмечается день родительского счастья, на всю страну.

«Когда новостные сводки сегодня сообщают об убийствах детей, то, конечно, боль наполняет наши сердца. <…> Невозможно найти оправдания детским страданиям и смертям. Однако было бы лицемерием оплакивать детей, гибнущих в результате преступлений, и забывать о тех, кто был умерщвлен в материнской утробе, так и не увидев Божий мир» [3], — такими словами начал свое выступление председатель Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства, настоятель московских храмов Благовещения Пресвятой Богородицы в Петровском парке и святителя Митрофана Воронежского на Хуторской иерей Фёдор Лукьянов, который отметил, что убийство невинного и беззащитного ребёнка как до, так и после рождения, в духовном смысле является страшной катастрофой, повреждающей все человеческое естество, а всякие попытки оправдания убийства детей или намеренного ухудшения их жизни действуют разрушительно на нравственное и духовное состояние общества и государства [2].

Представляя на пресс-конференции позицию Русской Православной Церкви, иерей Ф. Лукьянов посетовал, что мы до сих пор не можем зло назвать злом, не можем сформулировать негативное отношение государства к абортам на легальном уровне, хотя бы констатировав асоциальность и нежелательность такого явления как аборты для нормального развития общества, где нравственная констатация негативной коннотации искусственного прерывания беременности оказала бы значительное влияние на изменение отношения к этому явлению в общественном сознании, которое зачастую, по словам спикера, поставляет экономическое препятствие к деторождению себе в оправдание права на аборт. Доказательство тому — практика крайне высоких по уровню жизни скандинавских стран, где созданы все условия для желающих рожать детей и предусмотрены меры поддержки, но это не стимулирует людей к зачатию и рождению детей.

Забегая вперед, иерей Фёдор Лукьянов заявил, что без решительных ограничительных мер по совершению искусственного прерывания беременности невозможно будет добиться выхода из демографического кризиса. Тому препятствие в том числе — отсутствие полноценной и достоверной статистики, с получением которой наличествуют некоторые сложности, прежде всего обусловленные фрагментарностью данных, которыми оперируют учреждения здраво-

9 Постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2017 №1710 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации"» // Собрание законодательства Российской Федерации. 15.01.2018. №3. Ст. 546.

охранения и органы статистического учета. Так основным источником информации о количестве совершенных на территории России абортах являются Минздрав России и Росстат, каждый из них имеет данные, собранные по различным формам, разница между которыми колеблется от 100 до 150 тысяч [3], причем в эти цифры ожидаемо не попадают сведения из медицинских организаций частной формы собственности.

А между тем именно в учреждениях здравоохранения, неподведомственных Минздраву России, согласно данным Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства, которые работают в регионах и где их число превалирует, совершается наибольшее число медицинских вмешательств по искусственному прерыванию беременности и средний коэффициент рождаемости гораздо ниже, чем там, где частных клиник меньше или они вовсе отсутствуют, в таких регионах темпы рождаемости гораздо выше. В целом за последние четыре года в государственных учреждениях здравоохранения число абортов уменьшилось на 27%, а в коммерческих клиниках — увеличилось на 16%. Из этого делается вывод, что частные медицинские клиники, занимающиеся репродукцией человека, — прямой фактор угрозы демографической безопасности Российской Федерации.

Возвращаясь к серьезным ограничительным мерам, о которых говорилось ранее, иерей Фёдор Лукьянов приветствовал и поддержал инициативу Следственного комитета России и лично её председателя А. И. Бастрыкина по необходимости правового признания эмбриона субъектом общественных отношений и легального закрепления категории «плод человека» в уголовном законодательстве нашей страны. В пользу высказанной инициативы свидетельствует сложившаяся практика косвенного признания за зачатым, но еще нерожденным ребёнком пусть и ограниченной, но правосубъектности через защиту женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности[10], защиту наследственных прав насцитуруса[11], проведение внутриутробных операций на зачатом ребёнке [1].

Констатируя стремительное развитие биомедицинских технологий, заместитель председателя Синодального отдела по взаимоотношениям Церкви с обществом и СМИ, член Двусторонней комиссии по диалогу между Русской Православной Церковью и Эфиопской Церковью В. В. Кипшидзе выразил сожаление, что человечество после получения знаний о зарождении жизни человека поступило с ними не так, как должно было, вместо сохранения стало предпринимать усилия по её прекращению.

К сожалению, вместо переосмысления неэтичности прерывания беременности и его вредоносности для здоровья женщины общество научилось осуществлять медицинское вмешательство в репродуктивные процессы, создав иллюзию, что лишить человека жизни в утробе матери — беспоследственно, созданная эфемерность поддерживается массовой культурой, где сегодня не встретить осуждения аборта и его пагубного влияния не только на потенциальную маму, но и общество в целом.

Именно для того, чтобы «переломить ситуацию» к лучшему и изменить отношение общества к искусственному прерыванию беременности, необходимо четко обозначить не индивидуализацию, а общественный характер ответственности за принимаемое женщиной решение об аборте. На это сегодня направлены усилия Церкви и всех, кто ей помогает в достижении поставленной цели — создать полное, безусловное и тотальное нравственное неприятие аборта.

Следует отметить, что от эффективности реализации поставленной цели зависит, без преувеличения, сохранение будущего человечества, поскольку при потворстве аборту раскрывается «ящик Пандоры», когда наука идет дальше и недвусмысленно заявляет об опытных испытаниях по созданию искусственной матки и готовности «выращивать» человеческую жизнь в лабораторных условиях, что неиз-

10 См. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ...

11 Гражданский кодекс Российской Федерации (ч. третья) от 26.11.2001 №146-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 03.12.2001. №49. ст. 4552.

бежно обнаруживает угрозы непонимания того, кто, как и для чего будет использовать результат такого «выращивания».

О разобщенности национальных правовых систем, по-разному регулирующих вопрос начала человеческой жизни, говорил в своем выступлении заведующий кафедрой медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О. Е. Кутафина (МГЮА)», эксперт Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства, член Экспертного совета Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России по праву, доктор юридических наук, профессор А. А. Мохов, который сообщил, что все государства разделены на три блока: первая группа стран понимает и защищает начало жизни с момента зачатия, вторая — признает за нерожденным ребёнком право на неприкосновенность с определенного срока беременности (с двух, с восьми, с двенадцати недель), третья — определяет правосубъектность ребёнка только после рождения.

Как отметил спикер, Российская Федерация, к сожалению, относится к третьей группе стран, чье законодательство весьма противоречиво: с одной стороны, у нас ребёнок — лицо, которое родилось (согласно официально принятой дефиниции «рождение»), с другой — есть элементы частичного признания ограниченной правоспособности, когда неродившийся ребёнок может призываться к наследованию.

Для решения заявленной в наименовании пресс-конференции проблемы необходимо, по мнению А. А. Мохова, приходить к единому пониманию, либо к первому, либо ко второму блоку стран. Вместе с тем, если в нашей стране действует Указ Президента о традиционных ценностях[12], то следует стремиться к варианту №1, предоставляя охрану жизни и здоровья, неприкосновенность неродившегося ребёнка с момента зачатия. Для этого надлежит вносить изменения в статью 56 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[13], при этом не забывая о действующих запретах и тех, которые придется вводить впервые, чтобы они работали, а потому предстоит думать о санкциях за их нарушение: изменение статьи 123 Уголовного кодекса Российской Федерации[14] и корректировка некоторых положений Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях[15].

Своим взглядом на проблему абортов поделилась президент Благотворительного фонда поддержки семьи, материнства и детства «Женщины за жизнь», член Общественной палаты Российской Федерации (далее — ОП РФ), член Комиссии ОП РФ по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей, ведущая первого общественного православного телеканала «Спас», многодетная мама Наталья Москвитина, которая поделилась с участниками дискуссии своими эмоциями о невозможности от переживаний слушать истории женщин, которые каждый понедельник звонят в эфир программы «Линия жизни» на телеканале «Спас» и рассказывают о том, как много лет назад они решились сделать аборт.

Чтобы трагических историй подобных принятому когда-то решению прервать беременность в жизни женщины, которые навсегда меняют её ментальность, по возможности, совсем не было, важно, как считает спикер, чтобы каждая женщина имела право знать, что внутри у нее во время беременности находится человек. Причем узнать об этом она должна не когда он уже родиться, а до его появления на свет, потенциальная мама должна узнать, что через девять месяцев этот ребёнок будет у нее на руках, а через год она услышит слово «мама». В столь ответственный для будущей мамы момент рядом должны нахо-

12 Указ Президента Российской Федерации от 09.11.2022 №809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» // Собрание законодательства Российской Федерации. 14.11.2022. №46. Ст. 7977.

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

14 См. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ…

15 Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 07.01.2002. №1 (ч. 1). Ст. 1.

диться лидеры мнения, те, кто будет транслировать ей правильные мысли: отец будущего ребёнка, родители беременной женщины, врач, в особенности на первых этапах беременности, которая после обследования у гинеколога должна начинаться со слов: «Поздравляю, вы будущая мама», а не с вопроса: «Ну, что рожаем или...?» [3]

Реагируя на неоднократно озвучиваемую в ходе дискуссии проблему неудовлетворительного материального состояния молодой семьи, желающей родить ребёнка, Н. Москвитина привела положительный опыт Мордовии, где в не самом благополучном регионе России благодаря пилотному проекту, когда выстраивается диалог между врачом и будущей мамой, врач показывает макет эмбриона на разных стадиях внутриутробного развития, рассказывая, что это уже человек, на 42% упало количество абортов.

В завершение пресс-конференции её модератор В. Кладиева поблагодарила участников за содержательный диалог и пригласила спикеров на пресс-подход для ответов на интересующие аудиторию вопросы за рамками пресс-конференции на пространстве информационного агентства ТАСС.

Список литературы:

1. III Гиппократовский медицинский форум // URL: https://www.youtube. com/watch?v=rGiaFB4vdJE (дата обращения: 26.07.2023).
2. Патриаршая комиссия по вопросам семьи, защиты материнства и детства провела пресс-конференцию «Право ребёнка называться человеком до рождения» // URL: https://clck.ru/34fxFL (дата обращения: 26.07.2023).
3. Пресс-конференция «Право ребёнка называться человеком до рождения» в информационном агентстве ТАСС // URL: https://www.youtube. com/watch?v=d_koZjgtfG4&t=3s (дата обращения: 26.07.2023).

Об авторе:

Довнар Алексей Николаевич — юрисконсульт Центра правовых экспертиз и сопровождения образовательной деятельности Дирекции по правовым вопросам ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет "Высшая школа экономики"», Москва, adovnar@hse.ru

Alexey Nikolaevich Dovnar — Legal Adviser of the Center for Legal Expertise and Support of Educational Activities of the Directorate for Legal Affairs of the National Research University Higher School of Economics, Moscow

© Довнар А.Н., 2023

Для цитирования:

Довнар А. Н. «Право ребёнка называться человеком до рождения»: обзор пресс-конференции Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 20-27.

For citation:

Dovnar A.N. «Right of a child to be called a human before birth»: review of the press conference of the Patriarchal commission on family, maternity and child protection // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 20-27.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 23.10.2023 г.

Загороднюк Ю. К.

ДЖЕНЕРИКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ: ПАТЕНТНЫЕ СПОРЫ

В статье автор анализирует вопрос патентной увязки и способов, с помощью которых возможно разрешение проблемы регистрации дженерика до истечения действия патента оригинатора. Для более глубокого исследования автор обращается к судебной практике и приходит к выводу о её значительном изменении в течение последних десяти лет. Также анализируется подход, закрепленный в законодательстве США к рассматриваемой проблеме и возможность его заимствования для восполнения пробелов в регулировании в России.

Ключевые слова: *патентная увязка, дженерик, оригинатор, регистрация, воспроизведенный лекарственный препарат, патентная защита*

Yulia Zagorodnyuk

GENERIC DRUGS: PATENT DISPUTES

In the article, the author analyzes the issue of patent linkage and the ways in which it is possible to resolve the problem of the possibility of registering a generic before the expiration of the originator's patent. For a more in-depth study, the author turns to judicial practice and comes to the conclusion that it has changed significantly over the past ten years. Author also analyzes the approach enshrined in US legislation to the problem under consideration and the possibility of borrowing it to fill gaps in regulation in Russia.

Keywords: *patent linkage, generic, originator, registration of a reproduced medicinal product, patent protection*

Ни для кого не секрет, что патентная монополия оригинаторов приводит к чрезмерному завышению и удержанию цен, что негативно сказывается на уровне обеспеченности медикаментами всех слоёв населения. Именно для удовлетворения потребности общества в лечебных препаратах в первую очередь и создаются дженерики. Однако производители референтных препаратов, как и все остальные компании, существующие в условиях жёсткой конкуренции и желающие получить сверхприбыль, стремятся к сохранению патентной монополии как можно более длительное время, для чего вступают в патентные споры с производителями дженериков, применяя все механизмы для отсрочки их выхода на рынок в патентных спорах. О практике патентных споров между производителями дженериков и оригинаторами речь и пойдёт далее.

Термин «дженерик» в российском законодательстве не закреплён. В п. 12 ст. 4 Федерального закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»[1] содержится определение воспроизведённого лекарственного препарата, который используется для обозначения дженериков.

Несмотря на тот факт, что процедура регистрации воспроизведённого лекарственного препарата в РФ значительно упрощена по сравнению с регистрацией референтного препарата, она все-таки необходима. В связи с этим возникает вопрос: как соотносится регистрация воспроизведённого лекарственного препарата с патентной защитой референтного? Являются ли действия

1 Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 №61-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации, 19.04.2010, №16, ст. 1815.

по регистрации дженерика до истечения срока действия патента нарушением исключительного права патентообладателя? В законодательстве РФ, к сожалению, однозначно не урегулирован этот вопрос, он оставлен на усмотрение правоприменителя, что порождает большое количество разногласий.

Первоначальная точка зрения на данную проблему была продемонстрирована в Постановлении Президиума ВАС от 16 июня 2009 г. №2578/09 по делу №А40-65668/08–27–569. Суд пришёл к выводу, что «действия Ответчика по подготовке и представлению в Росздравнадзор документов для целей государственной регистрации и получения разрешения на использование генерического лекарственного средства Иматиб-ФС по истечении срока действия патента компании не являются использованием изобретения и могут быть квалифицированы лишь как подготовка к использованию этого средства, а, следовательно, не являются нарушением исключительного права компании. Они направлены на охрану здоровья населения и содействие доступа к лекарственному средству нуждающихся лиц.[2]»

Более того, даже создание образцов лекарственного средства с использованием запатентованной формулы для проведения экспертизы качества не рассматривалось в качестве нарушения исключительного права патентообладателя, поскольку целью такого использования не является получение прибыли. Единственное, что являлось бы нарушением права, по мнению суда, — изготовление или хранение продукта до даты истечения срока действия патента с целью продажи или введения в гражданский оборот после этой даты.

Данный подход был широко воспринят в судебной практике и оставался практически неизменным вплоть до 2019 г. В Решении Арбитражного суда Московского округа от 2 ноября 2015 г. по делу №А41-46966/15 даже аргументы истца о том, что у ответчика есть государственный контракт на закупку ещё не зарегистрированного дженерика, но по которому уже была подана заявка на регистрацию, не рассматриваются судом в качестве нарушения исключительного права[3]. Стоит отметить, однако, что в обоих случая в отношении препаратов была подана заявка на регистрацию, однако регистрация осуществлена ещё не была.

В обоих делах суд ссылался на ст. 1359 ГК РФ[4], в соответствии с которой не являются нарушением исключительного права проведение научного исследования продукта или способа, в которых использованы изобретение или полезная модель, либо научного исследования изделия, в котором использован промышленный образец, если целью такого использования не является получение прибыли или дохода. Тем не менее представляется, что использование объекта, защищённого патентом, для научного исследования, необходимого для регистрации препарата, которая направлена на создание в будущем возможности для его производителя в дальнейшем получать прибыль от его продажи, нельзя относить к способу использования изобретения, не нарушающему исключительное право патентообладателя. К такому же выводу пришли в 2019 г. СИП, а также в дальнейшем ВС РФ, кардинально поменяв свою позицию по вопросу квалификации действий по регистрации воспроизведённого препарата в качестве нарушения исключительных прав на изобретение. Было принято Определение Верховного Суда РФ от 31.07.2019 №305-ЭС19-8449 по делу №А40-106405/2018[5], в

2 Постановление Президиума ВАС РФ от 16 июня 2009 года №2578/09 по делу №А40-65668/08-27-569 // Вестник ВАС РФ, 2009, №10.

3 Решение Арбитражного суда Московского округа от 2 ноября 2015 г. по делу №А41-46966/15 // URL: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/a2e5bdcd-6db7-4788-86aa-d792024c5d3e/626ca55d-1e19-4499-990f-ab19f84c2309/A41-46966-2015_20151102_Reshenija_i_postanovlenija.pdf?isAddStamp=True (дата обращения: 08.08.2023).

4 Гражданский кодекс Российской Федерации (часть четвертая) // Российская газета №289 от 22 декабря 2006 г.

5 Определение Верховного Суда РФ от 31.07.2019 №305-ЭС19-8449 по делу №А40-106405/2018 // URL: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/414811f6-22f6-4719-a406-23e3c00a82eb/75b4f06d-a717-4e95-87ed-52a538d91204/A40-106405-2018_20190731_Opredelenie.pdf?isAddStamp=True (дата обращения: 08.08.2023).

котором впервые такие последовательные действия как:

1. разработка лекарственного препарата,
2. проведение исследования биоэквивалентности,
3. подача в Минздрав России заявления о регистрации препарата,
4. получение регистрационного удостоверения и
5. осуществление регистрации предельной отпускной цены

были квалифицированы как действия практического характера, создающие угрозу нарушения исключительного права и свидетельствующие о намерении лица использовать препарат в гражданском обороте. [4, С. 8]. Однако стоит отметить, что в этом деле, в отличие от двух предыдущих, не просто была подана заявка на регистрацию препарата, а препарат уже был зарегистрирован и была произведена регистрация предельной отпускной цены. Суд обратил на это особое внимание, указав, что отсутствие лекарственного препарата на рынке в течение трёх лет в соответствии с п. 8 ст. 32 Закона об обращении лекарственных средств[6] приведёт к отмене регистрации. Интересно это решение также тем, что суд постановил «запретить обществу осуществлять действия, направленные на регистрацию в Российской Федерации лекарственного препарата, содержащего Гефитиниб, и предельных отпускных цен на лекарственный препарат, содержащий Гефитиниб, до даты истечения срока действия патента Российской Федерации на изобретение»[7]. Из этого следует, что даже обращение в Росздравнадзор за регистрацией препарата и осуществление подготовки к его регистрации должно теперь рассматриваться как действие, создающее угрозу нарушения исключительного права обладателя патента на референтный препарат.

Действительно, после этого решения практика судов изменилась. Подтверждением может служить Решение Арбитражного суда г. Москвы от 17 июня 2022 г. по делу №А40-166505/2017[8], в котором регистрация дженерикового препарата также была признана создающей угрозу нарушения исключительного права компании-оригинатора. Участились также и мировые соглашения по патентным спорам в этой сфере, ограничивающие право производителя воспроизведённого препарата на его регистрацию: в соответствии с Определением о прекращении производства по делу в связи с утверждением мирового соглашения Арбитражного суда Свердловской области от 06 апреля 2023 года по делу №А60-63397/2022[9], ответчик обязуется до 04.12.2024 г. (т. е. до окончания срока действия патента), «не осуществлять действия, являющиеся приготовлением к вводу в гражданский оборот Ривароксабан ЛЕКАС, в том числе не предоставлять документы и сведения в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) с целью ввода в гражданский оборот; не предпринимать действия, направленные на перерегистрацию Ривароксбан ЛЕКАС в рамках национальных процедур, не предпринимать действия, направленные на регистрацию иных лекарственных препаратов с использованием изобретения по Патенту».

В целом, понятно, почему оригинаторы так стремятся к тому, чтобы суды признавали регистрацию дженерикового препарата в качестве угрозы нарушения исключительных прав: после регистрации препарата в Росздравнадзоре, а также регистрации отпускной цены, компании, производящие дженерики, вполне могут начать его производство и выпуск на рынок, что создаст для обладателя патента необходимость

6 См. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 №61-ФЗ...

7 См. Определение Верховного Суда РФ от 31.07.2019 №305-ЭС19-8449 ...

8 Решение Арбитражного суда г. Москвы от 17 июня 2022 г. по делу №А40-166505/2017 // URL: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/3a0440d1-5ba5-4049-ac4c-7be5b9edc09c/8011858a-8657-48c9-b6c4-ff1daf029477/A40-166505-2017_20220617_Reshenija_i_postanovlenija.pdf?isAddStamp=True (дата обращения: 08.08.2023).

9 Определение о прекращении производства по делу в связи с утверждением мирового соглашения Арбитражного суда Свердловской области от 06 апреля 2023 года по делу №А60-63397/2022 // URL: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/c2b862c1-3ce8-475b-9dd5-b20c2e19888c/694c0528-b71f-45da-adfd-899036bad669/A60-63397-2022_20230406_Opredelenie.pdf?isAddStamp=True (дата обращения: 08.08.2023).

вновь обращаться в суд уже на стадии реального нарушения его исключительного права. При этом очевидно, что производители референтного препарата начнут нести убытки, которые достаточно трудно будет впоследствии покрыть даже при удовлетворении иска судом.

Существование этой проблемы не раз признавалось со стороны органов государственной власти, поэтому в 2019 г. в Государственную Думу Российской Федерации был внесён законопроект, предусматривающий необходимость лица, направляющего заявку на регистрацию дженерикового препарата, сообщить, защищён ли оригинальный продукт патентами, когда и на какой срок они выданы, а также указать, что их действия не нарушают исключительные права третьих лиц[10]. Также предполагалось создание реестра фармакологически активных действующих веществ, который будет вести Роспатент. По желанию любой оригинатор смог бы внести туда сведения об имеющемся патенте. Роспатент, в таком случае, должен был бы проверить документы, соотнести характеристику действующего вещества в патенте и удостоверении о государственной регистрации, а затем выдать экспертное заключение. «Если характеристики совпадают, сведения вносились бы в единый реестр. В результате внесения данных изменений, создателям дженериковых препаратов выдавали бы регистрационные удостоверения до истечения действия патента, однако они становились бы действительными только после его истечения» [2]. В настоящий момент, к сожалению, судьба законопроекта неизвестна.

Неоспоримо то, что принятие рассматриваемого законопроекта бы решило правовую неопределенность в том, считать ли государственную регистрацию воспроизведённых лекарственных препаратов создающей угрозу нарушения исключительного права или нет. Однако, по мнению автора, такой механизм не в достаточной мере обеспечивал бы отсутствие нарушений прав патентообладателей. Даже с данными нормами непонятно, как рассматривать регистрацию отпускной цены на дженериковый препарат после его госрегистрации. Более того, вполне вероятно, что при наличии возможности в регистрации воспроизведённого препарата многие производители стали бы «на свой страх и риск» всё-таки пытаться вводить его в обращение до истечения действия патента оригинатора, тем самым создавая нагрузку на судебную систему.

Наиболее соответствующей соблюдению соотношения публичных интересов с интересами общества при регистрации дженерикового препарата представляется подход США, где изначально и был создан институт патентной увязки (patent linkage), представляющий собой взаимодействие систем государственной регистрации лекарственных средств и их патентной охраны. В соответствии с Законом США о ценовой конкуренции в области лекарственных средств и восстановлении срока действия патента (Закон Хэтча-Ваксмана)[11] при подаче заявки на регистрацию воспроизведённого лекарственного препарата лицо должно предъявить патент на оригинатор и уведомить о подаче такой заявки держателя действующего патента не позднее чем через 20 дней после её подачи. После получения уведомления правообладатель в течение 45 дней может подать иск о нарушении своего исключительного права. Соответственно, по истечении данного срока у лица, желающего зарегистрировать воспроизведённый препарат, появляется право беспрепятственно продолжать его регистрацию без угрозы подачи против него искового заявления уже после окончания регистрации (как это происходит в РФ), что способствует сохранению времени и сил у производителя дженерика. Однако, если подача иска происходит, регистрация дженерика откладывается на срок до 30 ме-

10 Минздрав: Регистрация дженерика начнет действовать после истечения патента оригинального препарата — Vademecum // URL: https://rospatent.gov.ru/ru/news/11-09-2019-minzdrav-registraciya-dzhenerika-nachnet-deystvovat-posle-istecheniya-patenta-originalnogo-preparata-vademecum (дата обращения: 08.08.2023).

11 Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act of 1984 // URL: https://www.congress.gov/bill/98th-congress/senate-bill/2748 (дата обращения: 08.08.2023).

сяцев. «Для производителей дженериков рассматриваемым актом также предусмотрена льгота для поощрения регистрации воспроизведённых препаратов — те, кто первые подали заявку на регистрацию, в течение 180 дней имеют эксклюзивное право на оспаривание патента в целях регистрации препарата. Это особенно актуально в случае, если у правообладателя «слабый» патент или если удастся доказать использование какой-либо из практик, делающих патент «вечнозеленым», поскольку в США существуют значительные ограничения в этой области» [1, С. 134].

Хорошим методом для стимулирования производства дженериков также является составление списка препаратов с истекшим патентом, в отношении которых не были зарегистрированы воспроизведённые препараты, публикующийся FDA[12]. FDA обновляет этот список каждые шесть месяцев (в июне и декабре). Существует две версии данного списка: для рецептурных и безрецептурных лекарственных средств. Список подразделен на три части:

- «Препараты, для которых FDA может немедленно одобрить дженерик без предварительного обсуждения.
- Препараты, разработка воспроизведённых лекарственных средств которых может вызвать потенциальные юридические или научные проблемы, которые следует обсудить с FDA.
- Препараты, в отношении которых с момента публикации предыдущего списка были зарегистрированы дженерики» [3, С. 107].

Представляется, что наличие такого списка положительно влияет на разработку дженериков, поскольку помогает производителем понять, в какой сфере стоит развивать своё производство. Особенно важно деление списка на части, каждая из которых имеет практическое применение и помогает избежать юридических проблем для производителей.

Таким образом, очевидно, что в законодательстве РФ присутствует существенный пробел в виде отсутствия какого бы то ни было законодательного регулирования вопроса патентной увязки, в связи с чем наблюдаются значительные расхождения в правоприменительной практике, что свидетельствует о необходимости восполнения данного пробела. По мнению автора, под действия, не нарушающие права патентообладателя, описанные в ст. 1358 ГК РФ[13], регистрация препарата и подготовка к ней не попадает, поскольку они явно преследуют цель извлечения выгоды. Исходя из этого, регистрация дженерика до истечения действия патента должна быть признана нарушающей права оригинатора. Тем не менее представляется, что производители воспроизведённых лекарственных препаратов нуждаются в стимулировании и поддержке своей деятельности со стороны государства. Именно поэтому нормативно-правовое регулирование США является наиболее перспективным в этой сфере, и к нему стоит обратиться законодателю с целью восполнения рассматриваемого пробела: установить сокращенный срок предъявления искового требования со стороны производителя референтного препарата, обязать создателя дженерика сообщать патентообладателю об использовании его произведения и создать стимулы для производства воспроизведённых лекарств — список препаратов, в отношении которых истец срок действия патента, и предоставить приоритет в оспаривании «слабых» и «вечнозеленых» патентов. При закреплении данных положений, по мнению автора, баланс потребностей общества и защиты прав патентообладателей можно считать соблюденным.

12 List of Off-Patent, Off-Exclusivity Drugs without an Approved Generic. // URL: https://www.fda. gov/drugs/abbreviated-new-drug-application-anda/list-patent-exclusivity-drugs-without-approved-generic (дата обращения: 08.08.2023).

13 См. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть четвертая)...

Список литературы:

1. Цомартова Ф. В. Проблемы соотношения систем государственной регистрации лекарственных препаратов и их патентной охраны // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2019. №1. С. 133–157.
2. Дженерики: соблюдение и защита прав интеллектуальной собственности // B&O Barristers. URL: https://barrist.ru/dzheneriki-soblyudenie-i-zashchita-prav-intellektualnoj-sobstvennosti/ (дата обращения: 08.08.2023).
3. Паземова Е. И. Правовые аспекты баланса интересов: фармацевтические компании — инноваторы и производители дженериков // Актуальные проблемы российского права. 2021. Т. 16. №10. С. 101–110.
4. Борзова М. Патентные споры на фармацевтическом рынке: практика судебных разбирательств // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2016. С. 6-14.

Об авторе:

Загороднюк Юлия Константиновна — магистрант 1 курса магистратуры НИУ ВШЭ, Москва, jul.zagorodnyuk@yandex.ru

Yulia Konstantinovna Zagorodnyuk — first-year student of Master's Degree Programm of HSE University, Moscow

© Загороднюк Ю.К., 2023

Для цитирования:

Загороднюк Ю. К. Дженериковые препараты: патентные споры // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 28-33.

For citation:

Zagorodnyuk Yu. K. Generic drugs: patent disputes // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 28-33.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 28.09.2023 г.

Кесаева Г. А., Ремизова А. А., Чеджемов С. Р.

О КОВИД-ДИССИДЕНТСТВЕ КАК ЯВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ COVID-19

Человечество постоянно находится в соприкосновении с миром микроорганизмов. В современном мире взаимодействие людей и возбудителей заболеваний происходит в новых условиях, для которых характерно антропогенное воздействие на природу, изменение образа жизни, увеличение плотности населения и другие факторы. Высокая миграционная активность населения способствует гораздо более быстрому распространению инфекций по всему миру. Целью данной работы является рассмотрение одного из важных аспектов пандемии COVID-19, связанного с изменениями государственного регулирования и воздействием на общественное сознание. В частности, в этот период в общественное сознание было внесено такое новое социальное явление, как ковид-диссиденство. Авторами выполнен обзор материалов, позволяющих составить более полное представление явлении. Это необходимо для его обоснованного применения, позволяющего избежать расширенное толкование термина.

Ключевые слова: *ковид-диссиденство, пандемия, общественное сознание, профилактика, инфекционные болезни*

Galina Kesaeva, Anna Remizova, Sergei Chedzhemov

ABOUT COVID-DISSIDENCE AS A PHENOMENON OF SOCIAL LIFE DURING COVID-19

Humanity is constantly in contact with the world of microorganisms. In the modern world, the interaction of people and pathogens occurs in new conditions characterized by anthropogenic impact on nature, lifestyle changes, increased population density and other factors. High migration activity of the population contributes to a much faster spread of infections around the world. The purpose of this work is to consider one of the important aspects of the COVID-19 pandemic related to changes in government regulation and the impact on public consciousness. In particular, during this period, such a new social phenomenon as covid-dissidence was introduced into the public consciousness. The authors have reviewed the materials that make it possible to form a more complete picture of the phenomenon. This is necessary for its reasonable application, which avoids an extended interpretation of the term.

Keywords: *covid-dissidence, pandemic, public consciousness, prevention, infectious diseases*

Изменения общественного сознания под влиянием пандемии COVID-19

Сегодня медицинской науке известны механизмы возникновения новых вирусов, изучены клинико-эпидемиологические особенности «птичьего» гриппа H5N1 (2007), «свиного» гриппа A H1N1pdm (2009), тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-nCoV, 2002), ближневосточного коронавирусного синдрома (MERS-CoV, 2015), вспышки лихорадки Зика (2016). Создание модели эпидемии вируса лихорадки Эбола, вспышек коронавирусных инфекций, определение факторов, способствующих распространению инфекций, позволило выделить наиболее значимые меры по предотвращению распространения опасных инфекций [19].

Проведение противоэпидемических, в том числе изоляционно-ограничительных

и дезинфекционных мероприятий, информирование населения о способах защиты от инфекции и др., — эти меры широко применяются в мире в борьбе с эпидемиями.

Эпидемия COVID-19 («coronavirus disease 2019») уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация международного значения. Нам еще предстоит изучение особенностей этой эпидемии, извлечь уроки, проанализировать недостатки обеспечения биологической безопасности населения. Ясно одно: новые вирусы будут появляться, это неотъемлемая часть нашего мира. Человечество должно научиться противостоять этим угрозам.

Этой проблеме посвящено немало серьезных исследований как отечественных, так и зарубежных ученых, среди которых есть и труды сотрудников нашей академии. Согласно исследованию С. Р. Чеджемова, весомое значение в оценки угрозы пандемии в сознании людей отводится «инфодемии» — социальному феномену, который представляет собой быстро разносящуюся информацию, приносящую вред общественному сознанию и порядку соответственно [22]. Правовое воспитание поколения формирует грань между обычным поступком и правонарушением. Отсюда следует необходимость использования в образовательной практике совершенствование знаний российского права и знания основ Конституции [21].

Пандемия нового коронавируса подорвала, казалось бы, незыблемые основы социальной психологии и культуры терпимости (толерантности) в Европе. Затронем философско-мировоззренческие аспекты рассматриваемой темы. Фактором социокультурных изменений стало стремление к выживанию. Страх перед пандемией обусловлен страхом смерти. Характер цивилизации и культуры в целом определяет отношение людей к смерти. Пандемия нового короновируса привела к пандемии паники, т. е. особого массового страха и ксенофобии.

Человечество выработало много разных способов преодоления страха смерти, например, религиозное утешение о загробном воздаянии. Не менее оригинальны нерелигиозные варианты борьбы со страхом смерти у Эпикура, Лукреция Кара, Карела Чапека и других мыслителей. Жизнь человека, считает Б. Уильямс, не имела бы смысла, если бы она была бесконечной. Страшно было бы никогда не умереть. Ужас бессмертия хуже ожидания смерти, считают многие авторы. Однако, необходимо отметить некоторые особенности страха перед пандемией.

Пандемия вызывает страх преждевременной смерти, т. е. смерти внезапной, нарушающей планы, прерывающей жизнь случайным образом, порой, в самом её расцвете, вырывающей человека из благополучного блаженного состояния. Тревога, хаос, паника — неизменные её спутники, которые сопровождают человека и сейчас. Цивилизационные достижения смягчают, но не искореняют этот страх. Человечество получило защиту от Великого страха смерти. Одним из «щитов», барьеров является религия. Но сегодня храмы также повсюду закрываются на самоизоляцию.

Авторитетная наука не может в полной мере заменить религию. Что может представлять собой бессмертная душа человека с точки зрения науки? Если принять за душу информационную составляющую человеческой личности, её сознания, то получается, что с разложением материального носителя информация остается в некоем информационном поле [9].

Некоторые моменты обращают на себя внимание. Первая — это «омедицинивание» повседневной жизни. Второе — это уход социума в виртуальную реальность. Толерантность к виртуальной реальности сопряжена с интолерантностью к объективной реальности, вплоть до её полного неприятия. Благодаря существованию Интернета человечество в момент физической изоляции и всеобщего карантина как никогда сплоченно и свободно. Ценности формируют национальный характер, социальные ориентиры, мотивацию. Посттрадиционная культура не удовлетворяет потребностям человека в полной мере, так как хаотичный набор кочующих ценностей не всегда гармонично входит в локальную среду. В этом смысле толерантность остается ценностью.

В социуме сейчас высока ценность жизни, низкий уровень насилия, развиваются гуманистические настроения. Безопасность требует уменьшения свободы, прежде всего свободы перемещения. Изначально система традиционных ценностей представляла собой уникальную среду социального развития, созданную на диалектическом тождестве. Каждой традиционной культуре характерна своя специфика. Традиционная культура имеет тенденцию созидания существующего содержания в новых формах, вечного в непостоянном, универсального — в индивидуальном. Система ценностей — это постоянно меняющаяся величина. Традиционные ценности существуют в постоянном процессе индивидуации личности и соответственно — это величина динамичная. Культура любого народа — живой организм с определенной спецификой, который хранит обычаи своих предков [20].

Для всего человечества в условиях глобальной опасности необходимо сохранять баланс среди национальных традиций с учетом трансформации системы жизненных ориентиров. Сегодня же взаимодействие культур происходит в условиях конфронтации различных национальных интересов и роста социальной напряженности, но именно таким образом происходит развитие человечества. Данный процесс усиливается с учетом нагнетания обстановки и проявлением истерии в обществе. С появлением общей беды разобщенное общество готово превратиться в одно целое, но машина бюрократического государственного аппарата диктует свои условия. Каждый географический субъект ищет поддержку у соседей, и большинство имеет открытую толерантно настроенную позицию, но политические и экономические интересы вносят свои коррективы. В этом отношении можно отметить, что социально-психологическим последствием пандемии COVID-19 является повышение степени напряженности в обществе. Банальное непонимание, неоказание своевременной помощи приводит этническое общество к разочарованию и усилению агрессивности. Выход из этого кризиса потребует трансформации многих базовых ценностей современной цивилизации [12, 17].

События 2020 года стали сильнейшим испытанием для всего мирового сообщества. Пандемия COVID-19 привела к фундаментальному сдвигу в общественном укладе и мышлении людей. Она способствовала изменению как собственного мировосприятия, так и отношения граждан к политико-властным институтам и реализуемым ими мероприятиям. Дилемма «жить в соответствии с ключевыми нормативно-правовыми актами страны, не ущемляя права и свободы граждан» или ограничить их с целью дальнейшего процветания перешла из плоскости общих дискуссий в сферу практической реализации.

Ограничительные меры, а также стремления властей привить от коронавирусной инфекции как можно большее количество граждан способствовали активизации диссидентских настроений и появлению нового социально-политического феномена — ковид-диссидентства. В современной научной литературе феномен ковид-диссидентства исследован поверхностно. Вопрос, рассматриваемый в процессе исследования состоят в определении специфических характеристик исследуемой группы, в описании социологического портрета ковид-диссидентства и мотивов, стимулирующих к соответствующей деятельности [15].

Кто такие ковид-диссиденты? В переводе с латинского языка «диссидент» — несогласная или инакомыслящая личность, отстаивающая свои взгляды в связи с тем, что они расходятся с общепринятыми, отличаются от них. Личные убеждения диссидентов приводят к конфликту с господствующей идеологией, к гонениям, преследованиям и репрессиям со стороны официальных властей. В самом широком понимании данного явления, ковид-диссиденты — это группа людей, отрицающих COVID-19 или доказывающих необоснованность и чрезмерность мер, реализуемых политико-властными институтами в условиях пандемии. Структурно данная группа неоднородна. Самая радикальная её часть доказывает, что коронавируса

не существует, а значит, нет никакой необходимости разрабатывать лекарства и вакцины, вводить ограничительные мероприятия. Сам факт эпидемии радикально настроенными силами воспринимается не иначе как грандиозная инсценировка. С точки зрения сторонников данной идеи, цели спецоперации четко просчитаны и варьируются от стремления приучить граждан к тотальному контролю и перевода системы обучения на дистанционный формат до осуществления тотального чипирования граждан и т. д. Чтобы спецоперация не потерпела крах, проводится массовое дезинформирование граждан, СМИ сгущают краски посредством аналитических программ, видеорепортажей из больниц, статистических данных о масштабах распространения и силе коронавирусной инфекции. Другая, менее радикально настроенная часть ковид-диссидентов, не отрицает существования коронавируса, но вступает в конфликт с политико-властными институтами по причине активного использования последними ограничительных мер санитарного и карантинного характера. Демонстративно игнорируя требования не находится в общественных местах в период локдаунов, отказываясь от использования медицинских масок и перчаток, пренебрегая вакцинацией, сторонники данной точки зрения обосновывают свою позицию перечнем ключевых прав и свобод, включенных в основные нормативно-правовые акты различных стран.

Использование санкционных мер в виде штрафов, принудительной самоизоляции, контроля перемещений с помощью мобильных устройств представители данной группы воспринимают как грубейшее вторжение политических институтов в личное пространство граждан. С точки зрений социальной и политической активности ковид-диссиденты также неоднородны. Есть категория лиц, отказывающихся от вакцинации и отрицающих/осуждающих деятельность политико-властных институтов в ситуации пандемии, при этом не предпринимающих каких-либо действий для активного выражения своей позиции. Представители второй категории ковид-диссидентов активно выражают свои взгляды в научных изданиях, в интернете (на сайтах, в блогах и социальных сетях), доказывая отсутствие опасности и порицая сложившуюся ситуацию [2, 21].

Социологический портрет ковид-диссидентов. По состоянию на 2021 год ковид-диссидентство как социально-политический феномен исследовано поверхностно. Но благодаря данным Фонда общественного мнения и статистической информации, размещенной на сайте «Проект коронаФОМ» можно получить представление о том, кто входит в данное сообщество и каковы причины вовлечения в него указанных лиц. Одновременно следует отметить, что результаты представленного исследования опираются на итоги авторского качественного и количественного анализа публикаций по соответствующей проблематике. Фонд общественного мнения с 2 по 5 июля 2020 года провел социологический опрос методом телефонного интервью по проблеме ковид-диссидентства. Объем выборочной совокупности составил 1570 человек [16].

Мотивы ковид-диссидентства, выделенные нами, позволяют сформулировать следующие рекомендации. В условиях любой пандемии политико-властные институты должны регулярно работать с мотивационными факторами, способствующими формированию нежелательных моделей поведения. Важно управлять социально-политическими процессами в обществе таким образом, чтобы предотвращать возникновение очагов возможных конфликтов и напряженности, проводить разъяснительную работу, ориентированную на различные слои населения, чтобы ощущение недовольства и неравенства было минимизировано, а граждане были готовы к жизни в новых условиях. Репрессивные методы позволят сдержать распространение ковид-диссидентства и т.п. явлений лишь на короткий период. Исторических примеров тому множество [5].

Наряду с этим нельзя не отметить то, что анализируя явление COVID-19, охватившее, по сути, весь мир и оказавшее огромное влияние на мировую экономику и обществен-

ные отношения, несколько проблематично распространять термин «ковид-диссидент» на всех без исключения лиц, которые так или иначе выражают иное мнение, отличное от того, что было принято считать официальным. Это касается отношения, в частности, к таким элементам реализации борьбы с COVID-19 как масочный режим, локдауны, и вакцинация. Необходимость гораздо более тщательного, взвешенного подхода к применению термина, несущего с собой явные отрицательные ассоциации, связана с наличием достаточно большого количества противоречий, несоответствий и неполноты, выявляющихся при сопоставлении информации, положенной в основу почти повсеместно принимаемых мер с доводами сторонников альтернативных решений, имеющих научное обоснование.

Так, говоря о проблеме вакцинации, можно привести в качестве примера ситуацию, сложившуюся в Дании. Летом 2023 года исследователями Геральдом Дайкером и Йоргом Матисиком был поднят вопрос о применении трех разных партий вакцин Pfizer BioNTech в этом государстве. По полученным результатам анализа применения и поставок вакцин имеет место формирование трех различных групп побочных эффектов, которые, условно, были обозначены авторами как «зеленые», «синие» и «желтые» [26].

Применительно к «зеленой» группе авторы говорят об умеренном или умеренно высоком уровне побочных эффектов. «Зеленая» партия, состоящая из около 800 тысяч доз, что по подсчетам профессора Дайкера, составило около 60% датской выборки. При её применении число нежелательных явлений предполагаемого нежелательного результата составило 1 к 400 дозам.

«Синие» партии связаны с чрезвычайно высоким уровнем неблагоприятных поствакцинальных явлений. Как отмечают авторы, в Дании было введено не более 80 000 доз партии данной категории. «Синие» партии имели более 8 тысяч нежелательных поствакцинальных явлений, связанных с их введением, что составляет одно нежелательное явлении на каждые 10 доз. При этом было доказано, что именно с «синей» партией связано почти 50% смертей в выборке, составившей 579 человек. Это, по сути, может рассматриваться в качестве формального основания для «изъятия синих» партий с фармакологического рынка представителями органов здравоохранения страны.

И, наконец, так называемые «желтые» партии или «пустышки». По результатам анализа профессор Дайкер заключил, что их количество насчитывало более 200 тысяч введенных доз с нулевым количеством предполагаемых побочных эффектов, что является невозможным с научной медицинской точки зрения [25].

До сегодняшнего времени остаётся актуальным вопрос о необходимости использования средств индивидуальной защиты, такие как маски и перчатки в местах общественного пребывания. По результатам проведённого эксперимента было доказано, что бессимптомных инфицированных, выделяющих заразное количество вируса, крайне мало, и они не играют сколько-нибудь значимую роль в распространении вируса. По крайней мере, не привитые от вируса COVID-19.

В 2021 году был проведён эксперимент по намеренному заражению молодых людей вирусом COVID-19, окончательные результаты которого были опубликованы только в 2023 году. Тридцати шести молодым людям 18-30 лет, невакцинированным от вируса COVID-19 и не болевшим им ранее, закапали в нос биоматериалы с изначальным («ухаьским») штаммом вируса COVID-19. Учитывая, что путь заражения не естественен, ожидалось развитие инфекции в большей части выборки. Однако, инфекция развилась только у половины испытуемых, с лёгкими и умеренными симптомами.

До появления симптомов только 7% впоследствии заболевших участников выделяли в воздух сколько-нибудь значимое количество вируса, а до первого позитивного теста — 0%. Те участники, у которых инфекция не развилась, вирус в воздух вообще не выделяли.

86% от всего количества вируса, измеренного в воздухе, выделили всего двое (11%) из 18 симптоматических больных,

причём один из них — 66% («суперспредер»). Любопытно, что больной с самой высокой вирусной нагрузкой, измеренной в мазках из носа, практически не выделял вирус в воздух [24]. Таким образом, результаты проведённого исследования показали, что маски и карантины для здоровых людей не имеют эпидемиологического смысла.

Также сложная ситуация возникла в настоящее время в Великобритании, в которой в настоящее время идёт несколько расследований, связанных с COVID-19. В ходе проведения официального расследования, лишь спустя длительное время, под нажимом общественности было разрешено приобщить к материалам расследования показания бывшего государственного эпидемиолога Швеции Андерса Тегнелла [27].

Причины сопротивления правительственной комиссии состояли в том, что шведский опыт, о котором в своих показаниях говорит А. Тагнелл, полностью противоречит антиковидной политике, реализованной в Великобритании. Опыт Швеции показал, что справиться с эпидемией можно было без введения локдаунов и иных чрезвычайных мер, ограничивающих права человека. Также, за исключением некоторых ограничений на транспорте и лишь в течение нескольких месяцев 2021 года, в Швеции не вводился масочный режим. При этом именно Швеция оказалась государством с самым низким числом избыточных смертей на всём европейском континенте.

Причина, по которой в ходе расследования д-ру Тегнеллу было предложено ответить на вопросы Комиссии по расследованию, однако же, заключалась в том, чтобы уличить Бориса Джонсона в безрассудстве из-за того, что он не ввел вторую изоляцию раньше, в сентябре 2020 года. Андерс Тегнелл был участником теперь уже ставшей известной встречи, проведённой в Zoom, премьер-министра Бориса Джонсона, министра финансов Риши Сунака с профессорами Сунетрой Гуптой, Карлом Хенеганом и Джоном Эдмундсом. Именно в ходе этой встречи Правительству учёными были представлены достоверные научные данные о борьбе с заболеванием и по её результатам было отложено введение осеннего карантина.

В своих показаниях А. Тегнелл говорит о том, что в ходе встречи он лишь представил информацию о шведском опыте и не давал конкретные советы о введении карантина в Великобритании. В записке, официально представленной тогда правительству Великобритании и переданной сейчас комиссии в ходе расследования, он заключает, что Великобритании следует предпринимать какие-то действия, но при этом следует руководствоваться доказательствами [28].

В своих показаниях А. Тегнелл твёрдо подчеркивает необходимость доказательств: если он, как руководитель службы, не имел доказательств об эффективности применения той или иной меры (например, обязательное ношение масок), он, как государственный эпидемиолог Швеции, отказывался её вводить.

С юридической точки зрения крайне важным в показаниях А. Тенгелла является его анализ действия шведской конституции. В отличие от большинства парламентских демократий, включая Великобританию, конституция запрещает шведским политикам вмешиваться в работу правительственных учреждений, включая агентство здравоохранения: «Правительство определяет цели деятельности агентств и количество денег, которыми они располагают... но у него нет полномочий вмешиваться в то, как агентство применяет закон или принимает решения в конкретном случае... Во многих других странах министр имеет право непосредственно вмешиваться в повседневную деятельность агентства. В Швеции такой возможности не существует, поскольку «министерское правление» запрещено» [29].

Другими словами, настоящая причина, по которой Швеция смогла удержаться от введения беспрецедентных ограничений в 2020 году, заключалась в том, что её регуляторы были защищены конституцией от политического давления, в то время как политики уязвимыми для нарративов СМИ, общественного мнения и политического давления.

Кроме того, в конституции Швеции предусмотрен особый подход к управлению кризисами, разработанный именно для

того, чтобы избежать захвата власти правительствами во время кризиса. В нем закреплены три принципа: ответственность (при которой обычные региональные власти сохраняют свою юрисдикцию во время кризиса), сходство (ведение дел в обычном порядке, чтобы политика во время кризиса была максимально похожа на нормальную) и близость (это означает, что низшая, региональная власть должна сохранять за собой ответственность, если только это не является абсолютно невозможным, чтобы избежать захвата власти центральным правительством).

Тегнелл также говорит о том, что: «Конституционный строй Швеции не допускает объявления чрезвычайного положения. Основные гражданские права и свободы могут быть приостановлены только в случае войны. Таким образом, чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения регулируются обычным законом... Юридически невозможно обеспечить соблюдение общего карантина или мер «изоляции».

Таким образом, даже если бы шведские политики поддались международному давлению и призвали к карантину, они были бы конституционно неспособны его навязать его правительству и обществу.

По мнению Фредди Сэйерса опыт Швеции, в плане подготовки к будущим возможным кризисам, является очень важным. Он показал, что если государство стремится защитить людей, то оно не должно допускать политического и коммерческого влияния на принятие решений, распространения паники; должно действовать на основании научно подтвержденной информации [29].

Особенности привлечения к административной ответственности за нарушение требований санитарного законодательства в период пандемии

Согласно КоАП РФ Статья 6. 3 «Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения» нарушение законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в области действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнение санитарно-гигиенических и противопивоэпидемических мероприятий влечет за собой предупреждение или наложение административного штрафа на граждан.

Также, согласно Статье 236 Уголовного Кодекса РФ:

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей либо создавшее угрозу наступления последствий наказывается штрафом в размере от пятисот тысяч до семисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до восемнадцати месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до трех лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности смерть человека наказывается штрафом в размере от одного миллиона до двух миллионов рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо ограничением свободы на срок от двух до четырех лет, либо принудительными работами на срок от трех до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц наказывается принудительными работами на срок от четырех до пяти лет либо лишением свободы на срок от пяти до семи лет.

Увеличенная смертность в период пандемии COVID-19 в России

Сформировавшаяся в последние десятилетия в России проблема сверхсмертности актуализирует задачу поиска определяющих её факторов, требует осмысления состояния здоровья нации. В последние годы в стране был отмечен положительный тренд сокращения общей смертности населения, однако в 2020 г. она ощутимо вы-

росла, достигнув 2 138 586 человек, что на 340 279 человек больше, чем годом ранее. Между тем, в 2017 г. число смертей в России снизилось по сравнению с предыдущим годом на 65 тыс., в 2019 г. — на 31 тыс. Очевидно, что скачок смертности в 2020 г. связан с действием специфических факторов.

В перечне основных причин смерти в 2020 г. ведущие позиции традиционно заняли ишемическая болезнь сердца, злокачественные образования, цереброваскулярные болезни (в том числе инсульт). На четвертом месте — коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19. Число умерших от COVID-19 в 2020 г. составило 144 691 человек. Доля умерших от коронавирусной инфекции в общем количестве смертей в 2020 г. составила 6,8%, но показатель увеличивается в старших возрастных группах населения.

Отдельно стоит отметить, что в пандемию в 2020 г. была в значительной степени нарушена работа первичного звена и стационаров, приостановлены программы диспансеризации и затруднено проведение клинических исследований. Для ограничения распространения новой коронавирусной инфекции в марте 2020 г. диспансеризация населения России была временно приостановлена до июля, а в случае усугубления ситуации с распространением инфекции и введением в регионе новых ограничительных мероприятий, местные медицинские учреждения должны были отменить и плановые профосмотры. Профилактическими мероприятиями, в том числе диспансеризацией, в 2020 г. в нашей стране были охвачены 28,2 млн. человек (19,3 % от общей численности населения), что почти в 2 раза меньше показателя 2019 г. (57,6 млн человек, 39,3 % от общей численности населения). Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) оказывалась в 83 субъектах Российской Федерации, за исключением Ненецкого и Чукотского автономных округов. Наибольшие объемы ВМП выполнены в г. Москве, г. Санкт-Петербурге, Московской области, Краснодарском крае, а также в Республике Башкортостан.

При этом в 2020 г. объемы и стоимость ВМП по сердечно-сосудистым заболеваниям, составляющим 36,2 % от общего количество случаев оказания ВМП, по сравнению с 2019 г. сократились с 744,9 тыс. госпитализаций и 129,5 млрд рублей использованных средств (2019 г.) до 675,1 тыс. госпитализаций и 124,4 млрд рублей использованных средств (2020 г.). Одним из важных результирующих показателей, нивелирующих сложности и недостатки оперативного учета смертей, связанных с пандемией COVID-19, и её косвенных эффектов, является избыточная смертность, которая показывает превышение фактического числа умерших за определенный календарный период над ожидаемым значением [3, 21].

В зависимости от используемой методологии, показатель рассчитанной избыточной смертности может варьироваться. Как отечественные, так и зарубежные специалисты, широко используют метод расчета избыточной смертности как разницу между значениями количества умерших в период пандемии и средней смертностью за пять предшествующих лет, так называемый метод пятилетнего среднего. В целом можно выделить ряд основных факторов, определяющих рост смертности в условиях пандемии COVID-19:

- все случаи смерти, непосредственно связанные с инфекцией COVID-19;
- ввиду обострения хронических заболеваний, как в период течения COVID-19, так и в постковидный период;
- вследствие поздней обращаемости за медицинской помощью из-за опасения заражения коронавирусной инфекцией;
- по причине, не своевременно оказанной (в силу задержки или отсрочки) медицинской помощи во время пандемии;
- сокращение объемов плановой медицинской помощи;
- вынужденное изменение маршрутизации пациентов из-за перепрофилирования клиник для оказания медпомощи больным коронавирусом;
- повышенная нагрузка на службу медицинской помощи;
- приостановка проведения диспансеризации и профосмотров и нарушение сроков периодичности диспансерного наблюдения.

Проблема избыточной смертности в условиях пандемии COVID-19 широко анализируется в отечественных публикациях. Однако освещения проблемы на региональном уровне в научных публикациях сегодня недостаточно. В свете изложенного выше, определенный интерес представляет исследование комплексного воздействия факторов, детерминирующих рост смертности населения в условиях пандемии коронавируса, проведенное специалистами Института экономики Карельского научного центра РАН совместно с учеными Петрозаводского госуниверситета и Университета Восточной Финляндии, связавшее существующие различия прироста смертности в субъектах РФ с характерными региональными особенностями.

Вместе с тем, требует отдельного изучения вопрос о причинах избыточной смертности с учетом индивидуального «вклада» показателей смертности по основным классам болезней в региональном аспекте. Его рассмотрение позволит получить данные для более объективной оценки воздействия на смертность географических, демографических, социально-экономических и иных региональных особенностей.

Трудность анализа региональной статистической информации представляет её субъективность по отдельным показателям, в ряду которых число погибших от COVID-19, летальность, доля смертей от коронавирусной инфекции COVID-19 в структуре общей смертности. Среди основных причин, определяющих субъективность, можно выделить методику подсчета и оперативность предоставления информации регионами. Стоит отметить, что полученные в исследовании результаты являются предварительными в силу ограниченности используемой статистической базы [17].

Основополагающие причины смертности в регионах

Провести анализ причин смертности, основываясь на статистических данных объективно всегда сложно, а в период пандемии COVID-19 тем более [18]. Основу официальной статистики причин смертности в нашей стране составляет информация, полученная из свидетельств о смерти. А если таковых причин указывается несколько, то выделяется та из них, что запустила всю цепь болезней и, в конечном итоге, привела к летальному исходу. Выделение первоначальной причины даже в обычных условиях является часто задачей нетривиальной, а в условиях пандемии, несущей наибольшую угрозу для людей преклонного возраста, отягощенных порой целым набором сопутствующих патологий, определение основной причины смерти вполне может страдать некоторой степенью субъективизма.

В СМИ активно обсуждается вопрос роста смертности в российских регионах в 2020 г. При этом ссылкой на данные Росстата, указывают, что с коронавирусом или его последствиями связана меньшая часть этого роста, сообщая, что смерти более 200 тыс. россиян из более 300 тыс. умерших сверх уровня 2019 г. не имеют официального объяснения [7, 13]. По доступным данным доля смертей от коронавирусной инфекции COVID-19 в структуре общей смертности в РФ на 01.01.2021 составляла 2,69%.

Если руководствоваться публичной региональной статистикой, «смертельный вклад» COVID-19 в общую смертность по регионам существенно разнится, на что указывает невысокая корреляционная зависимость региональных показателей. С одной стороны, существуют барьеры на пути объективной оценки ситуации, затрудняющие анализ воздействия коронавируса на смертность — ограниченность региональной статистики с доступной и своевременной информацией о смертности в целом и в разбивке по возрастно-половой и социальной структуре населения, отсутствие универсальных стандартов регистрации данных о заболеваемости и смертности.

С другой стороны, жертвами коронавируса становятся не только те, кто погибает от прямого воздействия инфекции, но и те люди, которые не обращались за лечением из-за страха заразиться SARS-CoV-2 или заболеть COVID-19, а также не получившие необходимую им помощь в силу перенапряжения системы здравоохранения и ограниченности её возможностей.

Риски смертности, связанные с инфекционными заболеваниями, обычно включают два компонента: риск заражения и риск последующей смерти от болезни. Риск заражения варьируется в зависимости от возраста; повышенной восприимчивости к болезням; от частоты, продолжительности и интенсивности социальных контактов, которые, в свою очередь, могут меняться в зависимости от типа условий проживания; отношения к мерам социальной защиты в условиях пандемии. После заражения риск смерти от COVID-19 в значительной степени зависит от возраста, сопутствующих хронических заболеваний, врожденной способности иммунной системы человека бороться с вирусом, существующих медицинских условий и уровня получаемой медицинской помощи [6].

Оценить и установить в перечне основных причин смерти на региональном уровне смертельный вклад COVID-19 объективно тяжело. Данные Росстат не публикует, при этом ежегодно приводит показатели по основным классам причин смерти от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, внешних причин. Показатели по количеству заболеваний системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения выросли в 2020 г. по сравнению с 2019 г. При этом избыточная смертность 2020 г. появилась из-за увеличения смертельных случаев, связанных именно с вышеуказанными болезнями [8].

Зарубежные и отечественные специалисты отмечают, что у всех пациентов с COVID-19, имеющих проблемы со здоровьем, инфекция еще более усложняет коморбидные состояния, повышая вероятность тяжелого течения и летальных исходов. С целью выявления у оказавшихся в больнице пациентов с COVID-19 хронических состояний, ставящих их жизнь под угрозу, специалисты Государственного медицинского колледжа Пенсильвании проанализировали результаты исследований, проведенных за период с декабря 2019 по июль 2020 г.

Ими были выделены одиннадцать сопутствующих заболеваний, увеличивающих риск тяжести течения болезни и летального исхода среди пациентов: сердечно-сосудистые заболевания, высокое кровяное давление, застойная сердечная недостаточность, инсульт, диабет, онкология, хроническая почечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, астма, хронические заболевания печени, ВИЧ/СПИД.

У госпитализированных с коронавирусом пациентов, имеющих такие сопутствующие болезни, как диабет или онкология, вероятность летального исхода была в 1,5 раза выше, чем у тех, которые не страдали сопутствующими болезнями, сердечно-сосудистые заболевания, гипертония, застойная сердечная недостаточность и болезни сосудов мозга повышали риск смерти в 2 раза, хронические заболевания почек — в 3 раза, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — в 1,5 раза, хронические болезни печени — в 1,7 раза. Астма и ВИЧ/СПИД при этом не оказывали значимого воздействия на летальность. Хронический характер таких состояний вызывает «износ» регуляторной системы организма. В результате сниженного иммунитета эти люди становятся очень восприимчивыми к тяжелым осложнениям SARS-CoV-2 и смерти [1].

На основе регрессионного анализа в работе определялась теснота связи региональных показателей избыточной смерти от всех причин смерти, от основных классов причин смерти (от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, болезней системы кровообращения, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения, внешних причин) и погибших от COVID-19. Коэффициент множественной корреляции (множественный R), который выражает степень зависимости независимых переменных (X) и зависимой переменной (Y) составил 0,953. Множественный коэффициент корреляции характеризует тесноту связи между зависимой переменной и предиктором. В данном случае зависимой переменной (Y) выступает показатель региональной избыточной смертности, а независимыми (X), региональные показатели

погибших от COVID-19 и по основным классам причин смерти. Статистическая значимость установленных связей определялась по t-критерию Стьюдента.

Показатели t-критерия ≥2 отразили наиболее значимые зависимости. Значения t-статистики по основным классам причин смерти указывают на то, что их «вклад» в общую причину региональной смертности заметно отличается один от другого. На первом месте — коронавирусная инфекция COVID-19, вызванная возбудителем SARS-COV-2, за ней болезни органов пищеварения, системы кровообращения и органов дыхания [14].

Избыточная смертность в 2020 г. (методом пятилетнего среднего исследования) зафиксирована в 82 субъектах РФ Отсутствует она лишь в г. Севастополь, республиках Саха (Якутия) и Тыва. Средний показатель по стране коэффициента избыточной смертности составил 2,0, достигая наибольших значений в Забайкальском крае, Республике Хакасия и Пензенской области [8].

Краткие итоги

Биологические угрозы, связанные с эпидемиями инфекционных болезней, имеют глобальный характер. Нам представляется, что эпидемия COVID-19, — не последняя угроза в XXI веке. Изменение окружающей среды, потепление климата, увеличение плотности населения, развитие биотехнологий и другие, может быть ныне и не проявившиеся факторы человеческой жизнедеятельности провоцируют их появление, а все возрастающие миграционные потоки и процессы глобализации экономики способствует распространению инфекций.

Все страны должны быть готовы к координированным действиям по предупреждению возникновения и распространения инфекций, к своевременной их диагностике, к разработке методов лечения и профилактики, к созданию вакцин. Эпидемия COVID-19 указала на важные звенья в мировой системе обеспечения биологической безопасности. Человечество должно научиться противостоять этим угрозам.

Однако серьезным препятствием этому служит политическая разобщенность государств мира, а также несовершенство правовых институтов, которые, как показал опыт COVID-19, требуют дальнейшего развития и совершенствования.

Список литературы:

1. Абрамов А. В. и др. Пандемия COVID-19: конец привычного мира? // Вестник Московского государственного областного университета. 2020. №2. С. 3-83.
2. Артамонова У. З. Пандемия COVID-19: вызовы и возможности для публичной дипломатии России и США // США и Канада: экономика, политика, культура. 2021. №6. С. 89-110.
3. Бектасова А. Д. Влияние пандемии covid-19 на уровень безработицы в России: меры государственной поддержки занятости граждан // Потенциал российской экономики и инновационные пути его реализации. 2021. С. 284-288.
4. Вдовина В. А., Гудкова О. В. Развитие антимонопольного регулирования в России и новые вызовы в период пандемии // Антимонопольная политика. Региональная практика. 2021. С. 62-67.
5. Воронов В. М. Пандемия COVID-19 как экзистенциальное и культурное событие: группы, культурные границы и феномен настроения (на примере российского общества) // Журнал фронтирных исследований. 2021. Т. 6. №1 (21). С. 41-68.
6. Данилова И. А. Заболеваемость и смертность от COVID-19. Проблема сопоставимости данных // Демографическое обозрение. 2020. Т. 7. №1. С. 6-26.

7. Ефимов Е. И. и др. Современное состояние и направления развития ГИС «Эпидемиологический атлас России» // ИнтерКарто. ИнтерГИС. Геоинформационное обеспечение устойчивого развития территорий: Материалы Междунар. конф. М: Географический факультет МГУ, 2022. Т. 28. Ч. 2. С. 276–297.
8. Иванов С. Ф. Смертность от COVID-19 на фоне других всплесков смертности XX века // Демографическое обозрение. 2020. Т. 7. №2. С. 143-151.
9. Калоева Е. Б. Системные изменения и общественное сознание в Сербии // Системные изменения и общественное сознание в странах Восточной Европы. М.: РАН ИНИОН, 2008. С. 57-73.
10. Кашепов А. В. Ковидный мультипликатор смертности или новый методический подход к анализу избыточной смертности населения в 2020-2021 гг. // Социально-трудовые исследования. 2021. №3 (44). С. 54-64.
11. Кашепов А. В. Социально-экономические факторы смертности в период с 2000 по 2020 гг. // Социально-трудовые исследования. 2020. №3 (40). С. 18-30.
12. Куликов Л. В. Общественное сознание и общественное настроение // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2008. №2. С. 33-39.
13. Мартынова А. С., Попова В. Б. Всероссийские переписи населения: особенности организации и практика проведения // Наука и Образование. 2021. Т. 4. №2. 165 ст.
14. Мокрышева Н. Г. и др. Пандемия COVID-19 и эндокринопатии // Проблемы эндокринологии. 2020. Т. 66. №1. С. 7-13.
15. Мун С. А. Ограничение конституционных прав граждан в условиях пандемии (ковид-19) // Инновации. Наука. Образование. 2021. №26. С. 804-812.
16. Муртазин С. Р. Ковид-диссидентство, «смерть экспертизы» и философия как вакцина от них // Основы экономики, управления и права. 2021. №5 (30). С. 27-30.
17. Нор-Аревян О. А. Гендерный срез профессионального медицинского сообщества в период борьбы с пандемией COVID-19 // Гендерные ресурсы современного мира-2020. Гендерный калейдоскоп-2020. 2020. С. 39-43.
18. Поминов Д. Ю. Общественное мнение как способ формирования общественного сознания граждан России // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2009. №114. С.370-376.
19. Похилько А. Д., Шабашова Н. М. Изменения общественного сознания под влиянием современной пандемии // Гуманитарные и социальные науки. 2020. №2. С. 75-81.
20. Терехова Е. В. Рекуррентные конструкции в английском политическом дискурсе как лингвистический инструмент мониторинга изменений общественного сознания // Политическая лингвистика. 2010. №3. С. 50-56.
21. Туаева И. Б., Чеджемов С. Р., Габараева Л. Н. Актуализаци правового обучения и воспитания в медицинском вузе (в свете принятия поправок в Конституцию РФ и пандемии) // Вестник Северо-Осетинского государственного университета имени К. Л. Хетагурова. 2021. №1. С. 88-94.
22. Чеджемов С. Р. Правовая культура россиян или уроки пандемии и инфодемии // История науки и техники. 2022. №1. С. 12-20.
23. Юревич А. В., Ушаков Д. В., Юревич М. А. COVID-19: результаты третьего экспертного опроса // Психологический журнал. 2021. Т. 42. №3. С. 128-136.
24. Jie Zhou, Anika Singanayagam, Niluka Goonawardane, Maya Moshe, Fiachra P Sweeney, Ksenia Sukhova, et al. Viral emissions into the air and environment after SARS- CoV-2 human challenge: a phase 1, open label, first-in-human study // Lancet Microbe 2023; 4: e579-90.

25. Max Schmeling, Vibeke Manniche, Peter Riis Hansen Batch-dependent safety of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine // URL: https://onlinelibrary. wiley. com/doi/10. 111/eci. 13998 (дата обращения: 08.10.2023).
26. Robert Kogon Pfizer Vaccine Batches in the EU Were Placebos, Say Scientists // URL: https:// dailysceptic. org/2023/06/28/pfizer-vaccine-batches-in-the-eu-were-placebos-say-scientists/ (дата обращения: 08.10.2023).
27. Witness statement of professor Anders Tegnell // URL: https://covid19. public-inquiry. uk/wp-content/uploads/2023/12/18152934/INQ000146608. pdf (дата обращения: 20.12.2023).
28. Note on talk with UK government connected to COVID-19 and the question «Should government intervene now, and if so, how?» // URL: https://covid19. public-inquiry. uk/wp-content/uploads/2023/12/18152934/INQ000146608. pdf (дата обращения: 20.12.2023).
29. Freddie Sayers Anders Tegnell's lesson for the Covid Inquiry // URL: https://unherd. com/2023/12/anders-tegnells-lesson-for-the-covid-inquiry/ (дата обращения: 20.12.2023).

Об авторах:

Кесаева Галина Айтеговна — аспирант кафедры стоматологии №3 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», Владикавказ, galinakoc@mail.ru

Ремизова Анна Александровна — заведующая кафедрой стоматологии №3 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», доктор медицинских наук, доцент, Владикавказ

Чеджемов Сергей Русланович — профессор кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», доктор педагогических наук, профессор, Владикавказ

Galina Aytegovna Kesaeva — postgraduate student of the Department of Dentistry №3 of the North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz

Anna Aleksandrovna Remizova— head of the department of dentistry №3, North Ossetian state medical academy, doctor of medical sciences, associate professors, Vladikavkaz

Sergei Ruslanovich Chedzhemov — professor of the department of health organization with psychology and pedagogy, North Ossetian state medical academy, doctor of pedagogy, professor, Vladikavkaz

© Кесаева Г. А., Ремизова А. А., Чеджемов С. Р., 2023

Для цитирования:

Кесаева Г. А., Ремизова А. А., Чеджемов С. Р. О ковид-диссидентстве, как явлении социальной жизни во время COVID-19 // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 34-46.

For citation:

Kesaeva G. A., Remizova A. A., Chedzhemov S. R. About covid-dissidence as a phenomenon of social life during COVID-19 // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 34-46.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 22.12.2023 г.

Лодвикова А. А.

ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВА ЖЕНЩИНЫ НА ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: СООТНОШЕНИЕ ПРАВА ОТДЕЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА С ИНТЕРЕСАМИ ОБЩЕСТВА

В статье рассматривается место права на аборт как репродуктивного права негативного характера в системе прав человека, а также отражение данного права в российском законодательстве; анализируется тенденция сокращения социальных показаний для искусственного прерывания беременности и введение обязательного мотивационного анкетирования беременных женщин, обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности; приводятся выдержки из этических кодексов врачей федерального и регионального уровней с целью выявления возможных противоречий новой программы мотивационного анкетирования беременных женщин врачебной этике; поднимается вопрос соотношения интересов государства в повышении рождаемости, возникших в новых реалиях, и права женщины на искусственное прерывание беременности.

Ключевые слова: *аборт, искусственное прерывание беременности, мотивационное анкетирование, репродуктивные права человека*

Arina Lodvikova

RESTRICTION OF A WOMAN'S RIGHT TO AN INDUCED ABORTION: THE CORRELATION BETWEEN THE RIGHT OF THE INDIVIDUAL AND THE INTERESTS OF SOCIETY

This article examines the place of the right to abortion as a negative reproductive right in the system of human rights, as well as the reflection of this right in Russian legislation; analyses the trend towards the reduction of social indications for induced artificial interruption of pregnancy and the introduction of compulsory motivational questionnaires for pregnant women seeking medical services for artificial interruption of pregnancy; provides excerpts from the codes of ethics of doctors at the federal and regional levels in order to identify possible contradictions between the right to abortion and the right to medical care; and analyses the right to abortion as a negative reproductive right in the system of human rights.

Keywords: *abortion, artificial interruption of pregnancy, motivational questionnaire, reproductive human rights*

На сегодняшний день права человека продолжают требовать к себе определенного внимания как на международном, так и на национальном правовом уровне. Ещё в прошлом веке юрист-международник Карел Васак, разделял права человека на три поколения, соотнося их с идеалами Великой Французской революции (свобода, равенство, братство)[1]. Однако с усложнением правоотношений возникает необходимость говорить о новых поколениях прав, охватывающих и другие сферы жизни человека.

В качестве четвертого поколения прав в доктрине часто выделяются соматиче-

1 Vasak, K. Pour une troisieme generation des droits de l'homme // Studies and essays on International humanitarian law and Red Cross principles / ed. by C.swinarski. Hague, 1984. P. 837-839.

ские права. Так, по классификации Лаврика М. А. существуют следующие права[2]:

1. право на смерть;
2. права человека относительно его органов и тканей;
3. сексуальные права человека;
4. репродуктивные права человека;
5. право на перемену пола;
6. право на клонирование как всего организма так и отдельных органов;
7. право на употребление наркотиков и психотропных веществ.

Очевидно, что право на аборт относится к репродуктивным правам человека, а именно к правам негативного характера. Однако выделение такого права на международном уровне лишь доктринально. Далеко не все государства стремятся к закреплению права на аборт в своем законодательстве.

Законодательство Российской Федерации является примером прогрессивного декларирования и реализации репродуктивных прав человека. Несмотря на то, что право на аборт напрямую не прописывается в Конституции, оно косвенно подразумевается ею. Такой вывод мы можем сделать, если обратим внимание на статью 41 Конституции Российской Федерации, содержащую следующую формулировку: «Каждый имеет право на охрану здоровья...» Поскольку Конституция во многом носит декларативный характер, раскрытие сущности прав, прописанных в ней, находит свое отражение в отдельных законах. Так, охране здоровья граждан посвящен отдельный Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[3]. Статья 56 посвящена искусственному прерыванию беременности. В части 1 статьи 56 провозглашается право каждой женщины самостоятельно решать вопрос о материнстве. Тем не менее, данное право не абсолютно: женщина может воспользоваться им при определенном сроке беременности (при сроке беременности до двенадцати недель) и при наличии информированного добровольного согласия. При этом данное правило не распространяется на ситуации, в которых искусственное прерывание беременности возможно по медицинским показаниям или социальным предписаниям.

Наличие социальных показаний позволяет женщинам прервать беременность при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний — независимо от срока беременности[4].

Примечательно, что перечень социальных показаний утверждается отдельно постановлениями Правительства. При этом наблюдается тенденция по сокращению количества возможных социальных показаний. Так, Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности (утв. постановлением Правительства РФ от 8 мая 1996 г. №567[5]) предусматривал 13 видов социальных показаний для искусственного прерывания беременности:

- наличие инвалидности I-II группы у мужа;
- смерть мужа во время беременности; пребывание женщины или её мужа в местах лишения свободы;
- женщина или её муж, признанные в установленном порядке безработными;
- наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;
- женщина, не состоящая в браке; расторжение брака во время беременности;
- беременность в результате изнасилования;
- отсутствие жилья, проживание в общежитии, на частной квартире; женщина, имеющая статус беженца или вынужденного переселенца;
- многодетность (число детей 3 и более);
- наличие в семье ребёнка-инвалида;
- доход на 1 члена семьи менее прожиточного минимума, установленного для данного региона.

2 Лаврик М. А. К теории соматических прав человека // Сибирский юридический вестник. 2005. No 3. С. 24-25.

3 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 17.10.2023).

4 См. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ...

5 Постановление Правительства РФ от 8 мая 1996 г. №567 «Об утверждении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности» (утратило силу) // URL: https://base.garant.ru/106542/ (дата обращения: 17.10.2023).

Здесь мы наблюдаем две тенденции: направленность на исключение создания неблагополучных и малоимущих семей, так как акцент идет на те ситуации, в которых у матери будет меньше возможностей обеспечить достойные условия для развития ребёнка, и расширение права на аборт.

Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности (утв. постановлением Правительства РФ от 11 августа 2003 г. №485[6]), сменивший предыдущий перечень 1996 года, значительно сократил количество социальных показаний, оставив четыре позиции:

- наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав;
- беременность в результате изнасилования;
- пребывание женщины в местах лишения свободы;
- наличие инвалидности I-II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

Перечень продолжает идею предотвращения создания неблагополучных семей, при этом исключая целый ряд ситуаций, описываемых в предыдущем перечне. Наблюдается тенденция ограничения права на аборт при сроке беременности до двадцати двух недель.

Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности»[7], признающее утратившим силу предыдущее постановление 2003 года, оставляет только одно социальное основание для искусственного прерывания беременности: беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 (изнасилование) Уголовного кодекса Российской Федерации[8]. Здесь мы наблюдаем максимальное сокращение социальных показаний, что ограничивает право на искусственное прерывание беременности при сроке беременности до двадцати двух недель. Это можно объяснить заинтересованностью государства в решении демографического вопроса в ущерб праву беременной женщины сделать выбор в пользу аборта в связи с жизненными трудностями, описываемыми в предыдущих перечнях социальных показаний. Также можно отметить, что это сказалось и на правах беженцев и вынужденных переселенцев: беременная женщина, обладающая статусом беженца или вынужденного переселенца, имела право на аборт на сроке до двадцати двух недель только при действии перечня социальных показаний, утвержденного Постановлением правительства 1996 года. Возможно, государство было заинтересовано в повышении численности населения в том числе и за счёт потока мигрантов, имеющих статус беженца. Так как вынужденные переселенцы являются гражданами Российской Федерации, исключение данного социального показания ударяет по правам граждан, вынужденным покинуть свое место жительства «вследствие совершенного в отношении его или членов его семьи насилия или преследования в иных формах либо вследствие реальной опасности подвергнуться преследованию по признаку расовой или национальной принадлежности, вероисповедания, языка, а также по признаку принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, ставших поводами для проведения враждебных кампаний в отношении конкретного лица или группы лиц, массовых нарушений общественного порядка»[9], что не представляет собой благоприятную ситуацию для заведения семьи и рождения ребёнка.

Рассуждая о роли показаний к искусственному прерыванию беременности на сроке до двадцати двух недель, мы должны обратить внимание и на обратную сторону медали: в ситуации, к которой применимы социальные и медицинские показания, у

6 Постановление Правительства РФ от 11 августа 2003 г. №485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности» // URL: https://clck.ru/36ZoJv (дата обращения: 17.10.2023).

7 Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» // URL: https://clck.ru/36Zoyd (дата обращения: 17.10.2023).

8 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ ст. 131 // URL: https://clck.ru/36b2DT (дата обращения: 17.10.2023).

9 Закон РФ от 19 февраля 1993 г. №4530-I «О вынужденных переселенцах» // URL: https://clck.ru/36b2Gn (дата обращения: 17.10.2023).

женщины возникает не только право сделать аборт, но и право его не делать. Несмотря на наличие медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности до двадцати двух недель, такие показания носят рекомендательный характер. Выбор всегда остается за женщиной.

Вывод о заинтересованности государства в первую очередь в народноснабжении подтверждается введением обязательного мотивационного анкетирования женщин в рамках Программы формирования индивидуальных рекомендаций для женщин в ситуации репродуктивного выбора (далее — Мотивационное анкетирование)[10]. Целью Мотивационного анкетирования является «выявление репродуктивных установок женщин», которые обратились за медицинской услугой по прерыванию беременности, и «направлено на формирование правильного репродуктивного выбора» у таких женщин[11].

Много вопросов вызывает формулировка «формирование правильного репродуктивного выбора». Если мы исходим из того, что женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве[12], любой её выбор с точки зрения закона и внутренних убеждений является правильным. К тому же речь идет о ситуации, когда женщина уже сделала выбор в пользу искусственного прерывания беременности, обратившись за данной медицинской услугой.

В Инструкции для врачей-акушеров-гинекологов, медицинских психологов/психологов по организации анкетирования женщин в ситуации репродуктивного выбора (далее — Инструкция)[13] в качестве одной из целей указывается содействия в сохранении беременности. Иными словами, врачи должны отстаивать определенную позицию при взаимодействии с беременными женщинами, решившимся на аборт. Но насколько это не противоречит профессиональной этики врачей и правам женщины?

Рассмотрим подробнее текст Инструкции. Мотивационное анкетирование носит анонимный («деперсонифицированный») характер и позволяет сформировать общее представление о женщинах, идущих на аборт, а также об обстоятельствах и причинах, подталкивающих их к такому выбору. С точки зрения общественной пользы такие статистические данные и правда могут стать основой для разработки дальнейших государственных мер, направленных на стимуляцию рождаемости в стране. Однако не стоит игнорировать тот факт, что часто женщины прибегают к искусственному прерыванию беременности из-за жизненных трудностей, которые в том числе становятся причиной стресса. Нередко это связано с травмирующими событиями. В связи с этим Мотивационное анкетирование может стать причиной возникновения стрессовой ситуации для женщины, оказавшейся перед сложным выбором.

В данную программу также входит психологическая консультация. Однако ставится под сомнение объективность и беспристрастность психолога, так как программа обладает уклоном в сторону повышения рождаемости. Иными словами, женщине, оказавшейся в трудной жизненной ситуации, могут быть навязаны взгляды, отличные от представлений самой женщины, объективных условий и возможностей пациентки из-за приоритета программы.

Мотивационное анкетирование становится обязательной процедурой для допуска к услуге по прерыванию беременности[14], что можно рассматривать как очередное ограничение доступа к праву на аборт.

Теперь рассмотрим ситуацию с точки зрения профессиональной этики врачей, а именно акушеров-гинекологов, вынужден-

10 Письмо Минздрава России от 15.06.2023 №15-4/И/2-10887 «О разработке мотивационного анкетирования женщин в рамках Программы формирования индивидуальных рекомендаций для женщин в ситуации репродуктивного выбора» // URL: https://docs. cntd.ru/document/1302082102 (дата обращения: 17.10.2023).

11 Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения // URL: https://clck.ru/36Zu7B (дата обращения: 17.10.2023).

12 См. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ…

13 Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения от 15.06.2023 №15-4/И/2-10887 // URL: https://clck.ru/36Zu7B (дата обращения: 17.10.2023).

14 См. Письмо Минздрава России от 15.06.2023 №15-4/И/2-10887…

ных в новых реалиях убеждать пациенток, уже обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности, сделать выбор в пользу сохранения этой беременности.

Невзирая на нормативный, но не нормативно-правовой характер Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации (далее — Кодекс), он играет большую роль в определении профессиональных рамок в общении с пациентами и позволяет решить вопросы дисциплинарного характера. В преамбуле Кодекса говорится, что его положения носят обязательный характер для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, и для студентов высших медицинских учебных заведений, которые временно замещают врача или ассистирующих врачу[15].

Обратим внимание на статью 28 Кодекса, которая гласит, что «врач должен уважать честь и достоинство пациента и при лечении учитывать все особенности его личности», а также «относиться с уважением к его личной жизни». Кодекс не содержит раскрытия понятий чести, достоинства и уважения личной жизни. Тем не менее, мы можем предположить, что излишние наставления сохранить беременность могут привести к нарушению личных границ между пациентов и врачом, тем самым нарушая обязательство уважать честь, достоинство и личную жизнь пациентки.

Статья 37 Кодекса в свою очередь подчеркивает, что врач обязан «при любых обстоятельствах» не только поддерживать пациента морально, но и «избегать неразумной настойчивости в проведении диагностических и лечебных процедур». Безусловно, убеждение в необходимости сохранить беременность не приравнивается к убеждению согласиться на проведение диагностических и лечебных процедур. Однако, если сделать акцент именно на запрете на навязывание чего-то необязательного, носящего диспозитивный характер, мы можем предположить, что запрет на навязывание сохранения беременности в условиях обращения за медицинской услугой по прерыванию беременности предполагается Кодексом. Тем не менее, прямых и очевидных нарушений Кодекса мы не наблюдаем.

Обратимся к региональным примерам кодексов профессиональной этики медицинских работников.

Кодекс профессиональной этики медицинского работника здравоохранения Свердловской области (далее — Кодекс этики) содержит статью 7, посвященную условиям оказания медицинской помощи. В ней говорится, что «медицинский работник должен оказывать медицинскую помощь в условиях сохранения принципов свободы выбора и человеческого достоинства пациента»[16]. Такая формулировка указывает на то, что консультация с определенным уклоном может нарушить принцип свободы выбора.

Кодекс этики позволяет посмотреть на проблему с другой стороны. Так, статья 5 Кодекса этики посвящена профессиональной независимости медицинского работника. Согласно тексту, сохранение своей профессиональной независимости является долгом медицинского работника. Он не просто имеет право, а обязан отклонять любые попытки давления со стороны администрации, а также вправе отказаться «от сотрудничества с любым физическим или юридическим лицом, если оно требует от него действий, противоречащих законодательству, этическим принципам, профессиональному долгу»[17]. Безусловно, осуществление выполнение инструкций не приравнивается к сотрудничеству с физическими лицами, ровно как инструкции Правительства не являются давлением на медицинского работника. Однако в теории возможна некорректность формулировки, которая бы противоречила этическим принципам врача.

Этический кодекс врача Республики Татарстан содержит статью 1, согласно ко-

15 Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей РФ 5 октября 2012 г.) // URL: https://clck.ru/36azhk (дата обращения: 17.10.2023).

16 Приложение к Приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 28 марта 2014 года №412-п Кодекс профессиональной этики медицинского работника Свердловской Области // URL: https://docs. cntd.ru/document/430547810 (дата обращения: 17.10.2023).

17 Там же

торой «миссия врача» состоит не только в охране здоровья граждан, но и в глубоком уважении достоинства человека. Деятельность врача основывается на высоких этических и моральных принципах. Подробнее этические нормы раскрываются в статье 4. В ней говорится о запрете навязывать пациенту свои моральные, религиозные, философские, политические убеждения[18].

Вопрос о том, можно ли трактовать пропаганду сохранения беременности среди пациенток, обратившихся за медицинской услугой прерывания беременности, как навязывание иных моральных убеждений, достаточно спорный. Невозможно однозначно определить это как навязывание, так как в самом обществе существуют разные толкования норм морали. Каждый человек обладает своим пониманием морали, и прописать исчерпывающее определение на законодательном уровне не представляется возможным, особенно в Российской Федерации, являющейся многонациональной и мультикультурной страной.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что на сегодняшний день как на международном, так и на национальном уровне наблюдается развитие двух противоречащих друг другу тенденций: расширение прав человека и ограничение их в пользу государственных и общественных интересов. Если первое является следствием усложнения правоотношений, последнее диктуется демографическим кризисом в ряде стран, в том числе и в Российской Федерации. Несмотря на правомерную и благую цель, такие меры вызывают ряд этических вопросов, на которые трудно дать ответ в правовой плоскости.

18 Этический кодекс врача Республики Татарстан // URL: https://minzdrav. tatarstan.ru/file/File/kodeks.pdf (дата обращения: 17.10.2023).

Об авторе:

Лодвикова Арина Андреевна — магистрант 2-го курса Московского государственного института международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации, Москва, arisalodvikova017@gmail.com

Arina Andreevna Lodvikova — 2nd year undergraduate of Moscow State Institute of International Relations, Moscow

© Лодвикова А. А., 2023

Для цитирования:

Лодвикова А. А. Ограничение права женщины на искусственное прерывание беременности: соотношение права отдельного человека с интересами общества // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 47-52.

For citation:

Lodvikova A. A. Restriction of a woman's right to an induced abortion: the correlation between the right of the individual and the interests of society // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 47-52.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 5.11.2023 г.

РАЗДЕЛ II.

ОСОБЕННОСТИ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ

Колотильщикова Е. В.

ПЯТЬ ФАТАЛЬНЫХ ОШИБОК В ЭПИКРИЗАХ (АНАЛИЗ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ)

В данной статье рассмотрены проблемы связанные с оформлением медицинской документации пациента. Автором проведен анализ судебной практики, связанной с ошибками допускаемыми врачами в медицинских картах пациентов и эпикризах. Выявлены нормы и правила, рекомендуемые формы, установленные действующим законодательством для составления предоперационного, выписного (переводного), посмертного эпикризов, эпикризов, включая этапный. Даны рекомендации по оформлению медицинской документации во избежание причинения вреда пациенту и последующего судебного преследования.

Ключевые слова: *врач, пациент, медицинская документация, медицинская карта, эпикриз*

Elena Kolotilshchikova

FIVE FATAL ERRORS IN EPICRISES (ANALYSES OF JURISPRUDENCE)

In this article the problems related to the execution of medical documentation of the patient are considered. The author analyses the jurisprudence connected with mistakes made by doctors in patients' medical records and epicrisis. The norms and rules, recommended forms established by the current legislation for drawing up preoperative, discharge (transfer), postmortem epicrisis, epicrisis, including stage epicrisis, are revealed. Recommendations on execution of medical documentation to avoid harm to the patient and subsequent prosecution are given.

Keywords: *doctor, patient, medical documentation, medical record, epicrisis*

В соответствии с Конституцией нашей страны, право на здоровье и медицинскую помощь — одно из основных прав человека: каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции РФ) [1].

Основным документом, который отражает состояние пациента, является медицинская карта. Она же является документальным доказательством проведенного лечебно-диагностического и реабилитационного процесса. Именно в ней самым полным образом отражается динамика и исход заболевания пациента, взаимодействие лечащего врача с другими специалистами и службами.

Однако, основной формой обмена информацией о больном между медицинскими учреждениями и их подразделениями является эпикриз. Именно этот документ обеспечивает преемственность в вопросах диагностики заболевания и лечения больного. Целью эпикриза является обобщение того, что происходило с больным и составление плана лечения на будущее. При этом к оформлению эпикриза применяются достаточно строгие правила: неточная инфор-

мация, информация, не соответствующая действительности, равно как и исправления в нём не допустимы.

Эпикриз — это важнейший медицинский документ, и недобросовестный подход к его оформлению, некорректное оформление может привести к серьезным последствиям как для медицинского учреждения, так и для врача.

Рассмотрим несколько примеров из судебной практики:

1. 03.07.2020 года Арбитражным судом Курганской области удовлетворено исковое заявление Управлениям Министерства внутренних дел России по городу Кургану к ГКУ «Курганская областная психоневрологическая больница» о взыскании с последнего убытков в размере 182 464 руб. 49 коп. (Определение Верховного Суда РФ от 21.06.2021 г. №309-ЭС21-8535) [5].

Причиной такого решения суда явилось то обстоятельство, что в выписном эпикризе ошибочно было указано, что пациентка, сотрудница органов внутренних дел, после прохождения лечения в стационаре была выписана домой с улучшением, а не в связи с выздоровлением.

На основе формулировки выписного эпикриза и Расписания болезней (приложение к приказу МВД от 2 апреля 2018 г. №190 [4]) военно-врачебная комиссия признала сотрудницу не годной к службе в органах внутренних дел РФ, и она была уволена со службы.

Однако, в последствии бывшая сотрудница МВД получила новое заключение военно-врачебной комиссии о годности к службе, восстановилась и получила более 182 000 рублей в качестве платы за вынужденный прогул.

Спор между Управлением Министерства внутренних дел России по городу Кургану и Государственным казенным учреждением "Курганская областная психоневрологическая больница" о взыскании убытков длился два года (с октября 2019 года по октябрь 2021 года), но медицинскому учреждению так и не удалось доказать суду свою невиновность.

2. 29.07.2020 года Магаданским городским судом Магаданской области рассмотрено гражданское дело по иску пациента к государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Магаданская областная больница», министерству здравоохранения и демографической политики Магаданской области о взыскании компенсации морального вреда. Судом в пользу пациента с государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Магаданская областная больница» взыскана компенсация морального вреда в сумме 90 000 (девяносто тысяч) рублей (Решение по делу №2-8/2020 вступило в законную силу 21.10.2020 года) [6].

Основанием для заявленных исковых требований стало то, что Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Магаданской области по результатам рассмотрения обращения супруги пациента, были выявлены нарушения, допущенные в период его стационарного лечения: в медицинской карте истца, был неверно указан неврологической диагноз пациента, имелись нарушения в ведении дневниковых записей стационарного больного, а также несоответствие диагнозов указанного в медицинской карте пациента и в выписном эпикризе.

Так судом было установлено, что в ходе неврологического осмотра пациенту был установлен диагноз «неврит лучевого нерва», в то время как жалобам и выявленным нарушениям чувствительности соответствовал диагноз «компрессионная невропатия локтевых нервов обеих рук». Вместе с тем, в выписном эпикризе пациента был указан диагноз осложнение «компрессионная невропатия лучевого нерва справа».

Таким образом, неверно указанный в медицинской карте неврологической диагноз пациента, а также нарушения в ведении дневниковых записей стационарного больного, и несоответствие диагнозов в выписном эпикризе и медицинской карте нарушили право пациента на достоверную информацию о состоянии его здоровья, наличии заболевания, на правильно установленный диагноз и адекватное лечение, что привело к взысканию с медицинской организации морального вреда.

3. 20.08.2019 года Одинцовским городским судом Московской области рассмотрено гражданское дело по иску пациентки к

ГБУЗ МО «Одинцовская центральная районная больница», МУЗ «Одинцовский родильный дом» о компенсации морального вреда в размере 250 000 рублей и взыскании убытков в размере 11 900 рублей. Заявленные исковые требования удовлетворены частично (Решение по делу № 2-6781/2019 вступило в законную силу 21.09.2019 года) [7].

В обоснование заявленных требований истица указала, что с 23.08.2012г. по 29.08.2012г. находилась в МУЗ «Одинцовский родильный дом», где родила девочку. В мае 2016г. в связи с необходимостью сбора документов дочери обнаружила в выписном эпикризе, что она родила мальчика, а не девочку. Указанные в документе сведения вызвали у нее сомнения своего ли биологического ребёнка она воспитывает. На неоднократные обращения к врачам истец не смогла получить ответ кого именно она родила, в связи с чем обратилась за проведением генетической экспертизы, по результатам которой подтвердилось, что она является матерью несовершеннолетней девочки.

В связи с ошибкой в выписном эпикризе из истории родов, допущенной ГБУЗ МО «Одинцовская центральная районная больница» пациентке был причинен моральный вред, который был оценен судом в размере 80 000 рублей, также в пользу пациентки с медицинского учреждения была взыскана стоимость генетической экспертизы.

4. 07.07.2020г. Петропавловск-Камчатским городским судом Камчатского края вынесено решение по иску к Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» о взыскании страховой выплаты, неустойки, компенсации морального вреда, штрафа. Заявленные исковые требования удовлетворены частично (Решение по делу № 2-2463/2020 вступило в законную силу 06.11.2020 года) [8].

Пациент был застрахован в ООО СК «ВТБ Страхование», где по страховому продукту «Финансовый резерв» программа «Лайф+» должен был получить страховую выплату на оплату госпитализации в результате несчастного случая или болезни. В период, обеспеченный договором страхования у пациента произошло нарушение мозгового кровообращения, кровоизлияние в результате разрыва аневризмы, в связи с чем он был госпитализирован.

Однако, когда пациент обратился за страховой выплатой ему было отказано. Страховая компания, изучив представленные медицинские документы, вынесла вердикт: не признаются страховыми случаи, если они произошли в результате: лечения заболевания или последствий несчастных случаев, имевших место до даты подключения к Программе страхования или после окончания периода действия страховой защиты.

Пациент с этим не согласился и обратился в суд. В судебном заседании было установлено, что в Выписном эпикризе пациента была допущена ошибка в дате основного диагноза указано «02.01.2019», вместо «02.02.2019». В результате этой ошибки период госпитализации оказался за рамками периода действия договора страхования. Впоследствии эта ошибка была собственноручно исправлена лечащим врачом, однако это также не устроило страховую компанию.

Таким образом, судом было установлено, что ООО СК «ВТБ Страхование» нарушены предусмотренные законом сроки страховой выплаты в результате нарушений, допущенных медицинским учреждением, что привело к взысканию с ответчика не только материального, но и морального вреда.

5. 16.07.2020 года Верхнебуреинским районным судом Хабаровского края вынесено решение по иску к КГБУЗ «Верхнебуреинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Хабаровского края о взыскании компенсации морального и материального вреда. Заявленные исковые требования удовлетворены частично (Решение по делу № 2-269/2020 вступило в законную силу 24.08.2020 года) [9].

16.09.2019 г. пациентка обратилась в больницу и была госпитализирована. 19.08.2019 г. утром пациентка сдала анализы и ей выдали направление в г. Хабаровск в КГБУЗ «Перинатальный центр». При этом ей на руки также был выдан выписной эпикриз от 19.08.2019 г. Однако, в нем стояли неверные даты сдачи анализов: все анализы пациентка сдала 19.08.2019г. (на четвертый день пребывания в стационаре), а в выпис-

ном эпикризе дата сдачи анализов была указана 16.08.2019г.

Судом установлено, что лечащим врачом с момента госпитализации нарушен алгоритм клинико-лабораторного обследования пациентки согласно стандарту и клиническому протоколу «внематочная беременность» от 10.01.2017 (своевременно не выполнены необходимые для диагностики заболевания анализы: общий анализ крови и мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, мазок на флору и др.), что привело к постановке неверного диагноза, оказанию не качественной медицинской помощи, и не оказанию во время необходимой медицинской помощи.

Судом был установлен факт причинения пациентке моральных страданий и взыскана компенсация морального вреда.

И подобных примеров из судебной практики по разным регионам Российской Федерации можно приводить много.

На что же нужно обратить внимание?

Законодательно форма эпикриза и условия, при которых он составляется, начали закрепляться еще в 2015 году. Это было сделано в отношении этапного эпикриза в пункте 26 формы №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», которая утверждена Приказом Минздрава России от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» [2].

Однако во многих других нормативно-правовых актах, регламентирующих порядок и правила составления медицинской документации, отсутствовали четкие указания на сроки составления эпикриза и его содержание, не указывалось, когда и в связи с чем его нужно составлять (например, форма №043-1/у «Медицинская карта ортодонтического пациента», форма №072/у «Санаторно-курортная карта», форма №076/у «Санаторно-курортная карта для детей», утвержденные тем же Приказом).

В 2022 году был издан Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2022 г. №530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения», в котором содержатся некоторые требования к форме и содержанию эпикриза [3].

Так, например, предложены формы Предоперационного, Выписного (переводного), Посмертного эпикризов, установлены правила составления эпикризов, включая этапный (заключение лечащего врача, по результатам оценки изменение состояния пациента с момента госпитализации, изменение локального статуса (при наличии) (см. табл.).

Приказ вступил в силу с 1 марта 2023 г. и действует до 01.03.2029 года.

Важно помнить, что эпикриз не просто является обязательной составной частью медицинских учетных документов. Он особенно важен для тех категорий больных, чьи проблемы касаются сердечно-сосудистой системы, онкологии, психики, туберкулёза и венерических заболеваний.

И конечно же важно помнить, чего в медицинских документах, в том числе в эпикризе, допускать нельзя:

- НЕЛЬЗЯ зачеркивать и дописывать информацию. Это могут признать фальсификацией документов.

- НЕЛЬЗЯ допускать расхождение сведений об оказанной медицинской помощи указанных в различных разделах. Это, равно как и любые признаки искажения сведений, станет основанием для отказа в оплате медпомощи.

В медицинской карте пациента и эпикризе всегда должна быть обоснована тактика лечащего врача, его дневниковые записи должны быть полными, иметься в наличии результаты всех проведенных анализов, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями, на основании которых выставлен диагноз и проведено лечение, указанные даты и время оказания медицинской помощи должны соответствовать действительности.

Виды эпикризов, утверждённые требованиями Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2022 г. №530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»

Наименование	Требования	Пункты приказа
Этапный эпикриз	«Этапный эпикриз» в карте заполняется лечащим врачом через каждые 10 дней нахождения в стационаре, дневном стационаре, при этом при необходимости отражаются изменения в состоянии пациента, динамика изменения показателей: изменение состояния органов и систем, лабораторных данных, результатов инструментальных исследований, в том числе на фоне проведенного лечения, описывается планируемая тактика ведения пациента. Последовательность внесения и объем сведений в строке «Этапный эпикриз» карты определяются лечащим врачом.	п. 13.11
Предоперационной эпикриз	Раздел «Предоперационный эпикриз» заполняется оперирующим врачом, определяющим объем, полноту и последовательность указания сведений в соответствующих строках: · сведения о пациенте; · диагноз; · дополнительные сведения о заболевании; · особенности анамнеза; · физикальное исследование, локальный статус; · результаты медицинского обследования; · дополнительные сведения; · обоснование необходимости проведения оперативного вмешательства (операции), медицинские показания, планируемое оперативное вмешательство (операция), планируемый вид анестезиологического пособия; · сведения о наличии добровольного информированного согласия на оперативное вмешательство (операцию). В разделе «Предоперационный эпикриз» карты обязательно указываются дата и время его заполнения, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность оперирующего врача. Раздел «Предоперационный эпикриз» карты подписывает оперирующий врач.	
Выписной (переводной) эпикриз	Раздел «Выписной (переводной) эпикриз» карты заполняется лечащим врачом, врачом-специалистом при вы-писке пациента из медицинской организации, при переводе пациента в другое отделение медицинской организации. Раздел карты «Выписной (переводной) эпикриз» подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, даты и времени подписания.	п. 21, 25 (25.1 – 25.23)
Посмертный эпикриз	В случае смерти пациента лечащим врачом оформляется раздел «Посмертный эпикриз» карты, в котором в том числе отражаются сведения о пребывании пациента в медицинской организации и об оказанной ему медицинской помощи, описывается динамика состояния пациента, указывается дата и время смерти, выставляется заключительный клинический диагноз (по-смертный). Раздел «Посмертный эпикриз» карты подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, даты и времени подписания.	п.2 1, 26 (26.1 – 26.21)

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/?ysclid=lmymjuvscs684423581 (дата обращения 11.11.2023).
2. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» // URL: https://base.garant.ru/70877304/?ysclid=loujxtkhh7745287083 (дата обращения 11.11.2023).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2022 г. №530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405401275/?ysclid=louk6opoon446203279 (дата обращения 11.11.2023).
4. Приказ МВД от 2 апреля 2018 г. №190 «О требованиях к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел Российской Федерации, и сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, перечнях дополнительных обязательных диагностических исследований, проводимых до начала медицинского освидетельствования, формах документации, необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, порядке проведения контрольного обследования и повторного освидетельствования и о признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71835384/?ysclid=louis6hip593265705 (дата обращения 11.11.2023).
5. Определение Верховного Суда РФ от 21 июня 2021 г. №309-ЭС21-8535 // URL: https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=670866&ysclid=louijt1bu036376237 0#kHSuKvToi39lsOrd1 (дата обращения 11.11.2023).
6. Решение Магаданского городского суда Магаданской области Решение по делу №2-8/202 // URL: https://magadansky--mag.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=39563152&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения 11.11.2023).
7. Решение Одинцовского городского суда Московской области по делу №2-6781/2019 // URL: https://odintsovo--mo.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=358248175&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения 11.11.2023).
8. Решение Петропавловск-Камчатского городского суда Камчатского края по делу №2-2463/2020 // URL: https://p-kamchatsky--kam.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=66781665&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения 11.11.2023).
9. Решение Верхнебуреинского районного суда Хабаровского края по делу №2-269/2020 // URL: https://vbureinsky--hbr.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=123141793&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения 11.11.2023).

Об авторе:

Колотильщикова Елена Валерьевна — адвокат Адвокатской палаты Московской области, основатель Центра правовой помощи и медиации «СТРИКС», медиатор, Москва, elena_koll@list.ru

Elena Valeryevna Kolotilshchikova — lawyer, Member of the Moscow Region Bar Association, founder of the legal center «STRIX», mediator, Moscow

© Колотильщикова Е. В., 2023

Для цитирования:

Колотильщикова Е. В. Пять фатальных ошибок в эпикризах (анализ судебной практики) // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 55-61.

For citation:

Kolotilshchikova E. V. Five fatal errors in epicrises (analyses of jurisprudence) // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 55-61.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 25.11.2023 г.

Котляр О. С.

ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В РАМКАХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Данная научная работа является результатом исследования правовых рисков, с которыми сталкиваются врачи-специалисты при заключении трудового договора и осуществлении своей профессиональной деятельности. В статье рассматриваются основные правовые риски, такие как: учет рабочего времени, условия заключения трудового договора с врачом-специалистом, условия труда и иные вопросы. Исследование, описанное в данной работе, позволяет более полно понять проблемы, связанные с правовыми рисками в трудовой деятельности врачей-специалистов, и предлагает варианты их решения.

Ключевые слова: *рабочее время, условия труда, медицинский работник, трудовой договор*

Olga Kotlyar

LEGAL RISKS IN THE LABOR ACTIVITY OF A MEDICAL SPECIALIST WITHIN THE FRAMEWORK OF CONCLUDING AN EMPLOYMENT CONTRACT AND CARRYING OUT WORK ACTIVITIES: PROBLEMS AND PROSPECTS

This research paper is the result of the study of legal risks faced by medical specialists when concluding a labor contract and carrying out their professional activities. The article considers the main legal risks, such as: accounting of working time, conditions of concluding an employment contract with a specialist doctor, working conditions and other issues. The research described in this paper allows to understand more fully the problems associated with legal risks in the labor activity of medical specialists and offers options for their solution.

Keywords: *working time, working conditions, medical worker, employment contract*

В научном сообществе сложился дифференцированный подход к определению статуса врача-специалиста. Так, например, М. В. Молодцова и С. Ю. Головина[1], И. С. Цыпкина, Е. П. Циндяйкина и К. Н. Гусов[2] в своих трудах не выделяют медицинского работника как специального субъекта. Другая часть научного сообщества[3], придерживается позиции, что имеет место выделение врачей в трудовых отношениях как субъект с отличными полномочиями, требованиями и преференциями. Определим, является ли врач-специалист специальным субъектом. Впервые данный термин был использован в 1999 году Л. В. Рожковым в его диссертации «Трудовые договоры специальных субъектов трудового права»[4]. В своем труде он подчеркивает тот факт, что особенность таких субъектов заключается в наличии у них дополнительной специальной

1 Молодцов М.В., Головина С.Ю. Трудовое право России : учебник. М., 2010. 704 с.

2 Гусов К.Н. Трудовое право: учебник для бакалавров. (УМО) М.: Проспект, 2013, 2015. 632 с.

3 Чесноков П. Е., Балуца Е. Г. Права медицинских работников в свете действующего законодательства // Научные труды II Всероссийского съезда по медицинскому праву. М., 2005. С. 393–398.

4 Рожников Л. В. Трудовые договоры специальных субъектов трудового права : автореф. дис. . . . канд. юрид. наук. М., 1999. 27 с.

правосубъектности, описанной в различных правовых нормах. Важно помнить, у таких субъектов общий статус сохраняется, специальность же является дополнением.

Так, В. Л. Грехман и И. К. Дмитриева повествуют о том, что трудовые права медицинских работников регулируются не только нормами трудового кодекса, но и иными законами и подзаконными актами[5]. Кроме того, данные учёные, отмечают тот факт, что врачам предоставляется дополнительный оплачиваемый отпуск. И. П. Чикирева и Е. Л. Хильчук[6] выделяют медицинских работников из общей массы работников из-за статьи 350 ТК РФ, предусматривающей укороченную продолжительность рабочей недели. У врачей она составляет не больше 39 часов[7].

Для понимания, и дальнейшего применения имеет место определение правого статуса врача-специалиста. Так, студент медицинского вуза окончивший образовательное учреждение, обязан пройти аккредитацию специалиста по установленным в Российской Федерации Минздравом требованиям. Данный факт нашел свое отражение в Приказе Минздрава России от 28.10.2022 №709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»[8]. Вся деятельность врача-специалиста строится на базе непрерывного медицинского образования (НМО), в течение которого он постоянно обучаются, получая аккредитационные баллы для прохождения дальнейших проверок на формальное соответствие или несоответствие занимаемой должности.

Правовой статус — система признанных и гарантируемых государством в законодательном порядке прав, свобод и обязанностей, а также законных интересов лица как субъекта права[9]. Данный статус необходимо определять для верного понимания правосубъектности. Последнее в свою очередь помогает выделить юридическую ответственность лица, наделённого особым статусом. Так в пп. 13 п. 1 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее — Федеральный закон «Об основах») описаны основные критерии, позволяющие говорить о наличии или отсутствии правового статуса медицинского работника. Значимыми критериями, на которые необходимо обратить внимание, являются наличие требований не только о медицинском образовании, как ранее уже было замечено, но и заключенного трудового договора, в котором указано исполнение медицинской деятельности в организации[10].

Стоит отметить, что без заключённого трудового договора врач не является медицинским работником. Только при подписании обеими сторонами трудового договора у врача появляется не только общий комплекс прав и обязанностей, которые прямо предусмотрены трудовым кодексом в отношении работника, но и дополнительный, который связан непосредственно с особенностями профессиональной деятельности. Такие дополнительные права и обязанности описаны в различных нормативных актах, например, в ст. 71 ФЗ «Об основах...», ст. 220, 350 ТК РФ, Приказе Министерства здравоохранения РФ от 29 ноября 2012 г. №982н[11], Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23

5 Гейхман Л. В. Трудовое право : учебник. М., 2014. С. 457–458.

6 Чикирева И. П., Хильчук Е. Л. Трудовое право Российской Федерации. Учебное пособие. 3-е издание. М.: Проспект, 2010. С. 388.

7 Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 года №197-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2002. №1 (ч. 1). Ст. 3.

8 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405742919/ (дата обращения: 16.03.2023).

9 Сухарев А. Я, Крутских В. Е. Большой юридический словарь. М.: ИНФРА-М, 2002. 703 с.;

10 Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 16.03.2023).

11 Приказ Минздрава РФ от 29 ноября 2012 года №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144466/ (дата обращения: 16.03.2023).

июля 2010 г. №541н[12]. Последним приказом предусмотрена необходимость не реже чем раз в 5 лет врача-специалиста получать сертификат специалиста по профилю работы.

Таким образом, работникам медицинского профиля представляется определённый набор требований, связанных с особенностями их профессиональной деятельности. Например, необходимость постоянного получения знаний[13], требование о прохождении сертификации или аккредитации не реже чем один раз в пять лет[14]. Кроме того, деятельность врача регламентируется дополнительными актами и приказами различных исполнительных органов власти, в том числе министерства здравоохранения. На основании таких требований, они имеют особый трудоправовой статус.

Существует приказ Минтруда России от 29.04.2013 №170, в котором указаны рекомендации по разработке профессиональных стандартов[15]. Однако данный приказ не дает понимания, что же такое трудовая функция в контексте данного подзаконного акта. В главе первой Приказа №170 этот термин описан так: «система трудовых действий в рамках обобщенной трудовой функции». Так как в данном определении допущена логическая ошибка и термин объясняется через определяемое слово. На данный момент действует Приказ на основании, которого все государственные учреждения должны пользоваться единым квалификационным справочником должностей и профессиональным стандартом для описания трудовой функции, а также навыков и компетенций, которыми должен обладать кандидат на занятие вакантной должности.

Хоть в нормативном акте и установлен объем трудовой функции, однако, постановление Минтруда РФ от 09.02.2004 №9 «Об утверждении Порядка применения Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» предусмотрена возможность расширения круга обязанностей для работника работодателем[16].

Еще одним проблемным вопросом является рабочее время врачей. Трудовым кодексом предусмотрена лишь одна норма, предусматривающая положения о продолжительности рабочей недели у медицинских работников. Однако это не означает, что все врачи выполняют свои профессиональные обязанности одинаковое количество времени. На данный момент существует Постановление Правительства РФ от 14.02.2003 №101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности», предусматривающее отличные от ТК РФ нормативы времени труда для врачей[17]. В данном Постановлении установлено более подробное разделение рабочего времени на основании условий труда работника и особенностей функционирования организации. Так,

12 Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26 августа 2010 года №761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_105703/ (дата обращения: 16.03.2023).

13 Приказ Минздрава России от 28.10.2022 №709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_432926/ (дата обращения: 16.03.2023).

14 Приказ Минздрава России от 03 августа 2012 года №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» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_134807/ (дата обращения: 16.03.2023).

15 Приказ Минтруда России от 29 апреля 2013 года №170н «Об утверждении методических рекомендаций по разработке профессионального стандарта» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_150886/ (дата обращения: 16.03.2023).

16 Постановление Минтруда России от 09 февраля 2004 года №9 «Об утверждении Порядка применения Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_46982/ (дата обращения: 16.03.2023).

17 Постановление Правительства Рос. Федерации от 14 февраля 2003 года №101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2003. №8. Ст. 757.

продолжительность рабочей недели в часах может быть: 36, 33, 30 или 24.

Существует так же дополнительный подзаконный акт, предусматривающий полный перечень льгот (сокращенная рабочая неделя, дополнительный отпуск и доплаты за вредность) для специалистов, работающих с туберкулезом[18]. Письмом Минздрава от 18.08.2021 №16-6/2122 разъясняется применение 39 часовой рабочей недели для врачей, выполняющих ультразвуковую диагностику и эндоскопию[19].

Астраханцева Е. В. в своем диссертационном исследовании отмечает, что сокращенная продолжительность рабочего времени обусловлена не только вредностью труда, но и тем, что врачи должны «гарантировать каждому получение необходимой качественной медицинской помощи»[20].

Кроме того, укороченная 36 часовая рабочая неделя устанавливается для работников, чья деятельность отнесена к 3 и 4 классу условий труда. Существует федеральный закон о специальной оценке условий труда — Федеральный закон от 28.12.2013 №426-ФЗ «О специальной оценке труда»[21]. Он регулирует отношения, связанные с организацией и проведением СОУТ. При проведении данной оценки работодатель не только должен убедиться в безопасности рабочего места, но и установить продолжительность рабочей недели для сотрудников организации. Так, при переходе из одной организации в другую работник может столкнуться с тем, что СОУТ отличается.

При анализе правовых проблем было выявлено отсутствие единообразия в трактовке и применении п. 6 общих положений Приказа Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих»[22]. Полагаю, ответ органов исполнительной власти является некомпетентным, а, следовательно, для сотрудников необходимо регулярно проводить обучающие семинары для исключения подобных ошибок.

Увеличение нагрузки на врачей-специалистов — еще одна актуальная тема. Врачи в России испытывают высокий уровень стресса и часто вынуждены работать в условиях, которые неблагоприятно влияют на их здоровье и качество жизни. Часто это связано с нехваткой медицинских кадров, что приводит к увеличению рабочих часов и снижению качества медицинской помощи.

Среднее время приема одного пациента на прием у врача-специалиста в России составляет 10-15 минут[23]. Это очень мало для того, чтобы врач мог качественно и всесторонне оценить состояние пациента, задать все необходимые вопросы, уточнить диагноз и назначить лечение. Кроме того, долгое ожидание в очереди на прием также является проблемой, так как пациенты могут беспокоиться и утомляться, что может отрицательно сказаться на их здоровье.

18 Приказ Минздрава России от 30 мая 2003 года №225 «Об утверждении Перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_42567/ (дата обращения: 16.03.2023).

19 «О продолжительности рабочей недели для врача-эндоскописта и врача ультразвуковой диагностики» Письмо Минздрава России от 18 августа 2021 года №16-6/2122 // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_406630/ (дата обращения: 25.03.2023).

20 Астраханцева Е. В. Некоторые особенности правового регулирования труда и социального обеспечения работников здравоохранения : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2008. С. 10.

21 «О специальной оценке условий труда» Федер. закон от 28 декабря 2013 года №426-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2013. №52 (ч. 1). Ст. 6991.

22 Приказ Минздравсоцразвития России 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://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/ (дата обращения: 25.03.2023).

23 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. №290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» // URL: СПС «КонсультантПлюс». https://base. garant.ru/71169514/ (дата обращения: 25.03.2023).

Полагаем, что данную проблему можно решить следующими способами:

- Увеличение количества врачей-специалистов и медицинских работников в муниципальных и государственных медицинских учреждениях. Это может снизить нагрузку на каждого врача и позволить им уделить больше времени каждому пациенту.
- Оптимизировать и автоматизировать процесса записи на прием, например, через электронные формы записи на прием, что позволит сократить время ожидания пациентов и ускорить процесс обслуживания. Однако необходимо осуществлять запись лишь одного пациента на указанное время, а не нескольких, как это происходит в данный момент.
- Внедрение технологий телемедицины, которые позволят врачам проводить консультации и диагностику дистанционно. Это может сократить число личных приемов и улучшить доступность медицинских услуг для населения. Кроме того, это может снизить количество вызовов, которые осуществляются лишь с целью открытия-закрытия больничных листов.
- Реструктуризация системы оплаты труда для врачей-специалистов, что позволит повысить их мотивацию работать более эффективно и качественно.
- Сократить нормы продолжительности трудового стажа для выхода на пенсию до 20 лет.

В целом, решение проблемы продолжительности приема одного пациента требует комплексного подхода и усилий со стороны руководства медицинских учреждений, государственных органов и медицинских работников, и только непрерывная работа в этом направлении может привести к улучшению качества медицинской помощи в России.

Подытоживая вышесказанное, можно выделить такие проблемы в трудовой деятельности врача-специалиста в правовой плоскости как:

1. Минимизация продолжительности приема врача-специалиста в муниципальных и государственных учреждениях, как следствие снижение качества проведения приемов и увеличение наступления профессионального выгорания.
2. При нынешней правоприменительной практики невозможно заключение гражданско-правовых договоров с медицинскими работниками.
3. Несоответствие между должностными инструкциями и реальной рабочей ситуацией.
4. Необходимость быть постоянно в курсе изменений законов и правил, касающихся здравоохранения и медицинской этики.

Перспективы осуществления рабочей деятельности врача-специалиста:

1. Развитие инновационных методов диагностики, лечения и реабилитации, которые позволят улучшить качество и эффективность медицинской помощи.
2. Расширение сферы использования информационных технологий, которые повышают точность диагностики и сокращают время на проведение медицинских процедур, что может значительно повлиять на вредность условий труда и продолжительность рабочего времени. Однако данная сфера нуждается в строгой правовой регламентации. Особенно дискуссионным остается вопрос ответственности за ошибки, допущенные при применении информационных технологий.
3. Дальнейшее внедрение системы непрерывного медицинского обучения дает возможность участия в проведении научных исследований, что позволяет врачам-специалистам применять новейшие методы и технологии.
4. Улучшение условий труда, например, повышение заработной платы, снижение необходимого профессионального стажа врачей-специалистов для выхода на пенсию, улучшение социального статуса, что способствует удержанию квалифицированных специалистов в медицинской отрасли.

Об авторе:

Котляр Ольга Сергеевна — магистрант кафедры медицинского и фармацевтического права ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Kotlyarolga103@gmail.com

Olga Sergeevna Kotlyar — Master student, Medical and pharmaceutical law, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg

© Котляр О. С., 2023

Для цитирования:

Котляр О. С. Правовые риски в трудовой деятельности врача-специалиста в рамках заключения трудового договора и осуществления рабочей деятельности: проблемы и перспективы // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 62-67.

For citation:

Kotlyar O. S. Legal risks in the labor activity of a medical specialist within the framework of concluding an employment contract and carrying out work activities: problems and prospects // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 62-67.

Автор заявлятт об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 18.08.2023 г.

Роберт Б. Лефлер

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О МЕДИЦИНСКИХ ТРАВМАХ В ДЕЙСТВИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ЯПОНИИ И ТАЙВАНЯ

В статье содержится краткий анализ трех основных вопросов: 1) обращение мирового сообщества в 1990-х годах к проблеме медицинских ошибок и существующие препятствия для дальнейшего прогресса в решении данной проблемы; 2) Японское законодательство о медицинских травмах, недавние попытки его реформирования и возникшие противоречия; 3) Законодательство Тайваня о медицинских травмах, проведенные реформы и их эффект. Основные выводы:

В Японии количество гражданских исков из медицинской небрежности неуклонно растет с 1980-х годов по настоящее время. Уголовные преследования за медицинские ошибки, ранее вызывавшие наибольшие опасения у медицинского сообщества, заметно сократились после того, как стали очевидны злоупотребления со стороны прокуроров. Проведенная в 2014 г. реформа законодательства, направленная на усиление независимой экспертной оценки случаев смерти в больнице, не принесла значительных результатов. Влияние проведенной реформы на повышение безопасности пациентов, если таковое имело место, не очевидно.

В Тайване пострадавшие вследствие медицинской ошибки могут извлечь определенную выгоду, используя средства уголовного и гражданского права для защиты нарушенных прав. Как и в Японии, количество гражданских исков из медицинской небрежности увеличилось, в то же время количество уголовных преследований сократилось. Одной из причин такой статистики является то, что прокуроры и судьи часто полагаются на заключения Комиссий по вопросам медицинской практики как ключевое доказательство. Другая причина заключается в широком использовании альтернативных способов разрешения споров, чему способствовала реформа законодательства 2022 года.

Ключевые слова: *альтернативное разрешение споров, законодательство о здравоохранении Японии, законодательство о здравоохранении Тайваня, политика в сфере здравоохранения, профессиональная небрежность, медицинская ошибка, ятрогенное преступление, медицинский деликт, движение в пользу безопасности пациентов, прокурорская практика и злоупотребления*

Robert B. Leflar

MEDICAL INJURY LAW IN ACTION: JAPAN AND TAIWAN COMPARED

This short paper summarizes three topics: (1) the worldwide awakening to the problems of medical error in the 1990s and barriers to further progress; (2) Japanese medical injury law, recent attempted reforms, and problems of implementation of those reforms; and (3) Taiwanese medical injury law, recent reforms, and their effects. The major conclusions:

In Japan, civil malpractice lawsuits have risen steadily from the 1980s to the present. Criminal prosecutions for negligence, once a major concern of physicians, have declined since prosecutorial abuse became evident. A 2014 law reform aimed at strengthening peer review has had little effect, and the extent (if any) to which patient safety is improved cannot be known.

In Taiwan, medical injury claimants may benefit by engaging both criminal and civil law. As in Japan, civil malpractice actions have increased, but criminal prosecutions have recently declined.

One reason is prosecutors' and courts' reliance on objective Medical Review Committee findings as key evidence. Another is the burgeoning use of alternative dispute resolution, strengthened by a 2022 law reform.

Keywords: *alternative dispute resolution, Japanese health law, Taiwanese health law, health politics, malpractice, medical error, medical negligence-criminal, medical negligence-civil, patient safety movement, prosecutorial decisions and abuse*

1. Озабоченность мировой общественности проблемой медицинских ошибок. Барьеры на пути к прогрессу

Проведенный учеными Гарварда в 1991 году анализ медицинской практики[1] показал, что приблизительно от 44 тыс. до 98 тыс. жителей США ежегодно умирают вследствие медицинских ошибок[2]. Цифры вызвали шок у медицинского сообщества по всему миру. Аналогичные исследования в других развитых странах мира дали сходные результаты[3]. Более того, впоследствии появились публикации о том, что показатели ежегодной смертности из-за медицинских ошибок в Гарвардском отчете значительно занижены[4].

Эти неутешительные выводы породили «длящиеся уже в течение десятилетий стратегические реформы по повышению уровня безопасности пациентов», основанные на фундаментальном в медицине принципе primum non nocere (прежде всего, не навреди)[5]. В 2003г. в Тайване была запущена система отчетности о безопасности пациентов. В свою очередь, в Японии при Министерстве здравоохранения было создано Управление по вопросам безопасности пациентов. Однако, по меткому замечанию одного из ведущих ученых Дональда Бервика, «Движение за безопасность пациентов, по меньшей мере, застопорилось»[6].

Безусловно, в некоторых областях безопасности пациентов прогресс очевиден — лечение внутрибольничных инфекций, сокращение случаев падения пациента в период пребывания в стационаре, предотвращение образования пролежней (некрозов мягких тканей). Однако в других областях уровень прогресса не так очевиден, поскольку не существует каких-либо надежных средств для его измерения. Большая часть официальных отчетов, в которых утверждается об улучшении ситуации, основываются на ненадежных и нерепрезентативных данных, собранных с помощью добровольного анкетирования. Между тем, показатели неблагоприятных исходов (включая медицинские осложнения) «очень зависимы от методов сбора и анализа информации. … Добровольная отчетность настолько ненадежна, что практически бесполезна для проведения какого-либо статистического анализа»[7]. Системы добровольной отчетности приводят к «вопиющему» недоучету показателей неблагоприятных исходов лечения[8].

2. Ответ Японии на проблему медицинской небрежности

Медицинские ошибки привлекли внимание японской общественности в результате серии широко освещаемых в СМИ

1 Brennan T. A., Leape L. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I // New England J. Med. 1991. Vol. 324. P. 370.

2 Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Kohn L. et al. eds. Washington (DC): National Academies Press, 1999. P. 1-3.

3 Vincent C. Patient Safety. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone, 2006. P. 42.

4 Makary M. A., Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the U.s. // Brit. Med. J. 2016. Vol. 353: i2139.

5 Berwick D. M. Constancy of Purpose for Improving Patient Safety: Missing in Action // New England J. Med. 2023. Vol. 388. P. 181.

6 См. Berwick D. M. Constancy of Purpose for Improving…

7 Там же

8 Studdert D. M, Mello M. M. In from the Cold? Law's Evolving Role in Patient Safety // DePaul L. Rev. 2019. Vol. 68. P. 421-428.

происшествий в крупнейших медицинских учреждениях Японии в 1999 году. В Национальном университете Йокогамы произошла путаница, вследствие которой пациенту с больным сердцем была выполнена операция на легком, а пациенту с больными легкими — операция на сердце. В Токийском женском медицинском университете отказал аппарат искусственного кровообращения, что привело к гибели ребёнка. Неудачная лапароскопия в больнице Аото, смертельная инъекция ядовитого вещества в госпитале Хиро — одна за другой эти серьезные медицинские ошибки попадали в заголовки национальных СМИ. Особый гнев общественности вызвало то, что руководители больниц попытались скрыть данные факты, обманывая пациентов, их семьи и государственные органы[9].

Правовая система ответила на этот вызов с помощью гражданских исков от потерпевших и уголовного преследования врачей. В гражданском судопроизводстве количество исков из медицинской небрежности (medical malpractice) неуклонно росло, от 200 в 1980-х годах до пикового значения около 1100 в 2004 году, после чего наступил кратковременный спад; и по последним данным ежегодно регистрируется около 800 исков[10]. Большая часть исков не доходит до полноценного судебного разбирательства, поскольку споры разрешаются посредством переговоров и примирительных процедур с участием медицинских организаций, врачей, а также их страховщиков[11].

Гораздо большее беспокойство у медицинского сообщества Японии вызывает риск уголовного преследования. Обвинение по делам, связанным с медицинской ошибкой, может быть предъявлено по одному из следующих трех оснований:

1. профессиональная небрежность, повлекшая смерть или травмирование пациента[12];
2. фальсификация документов, представляемых в уполномоченные государственные органы[13];
3. неисполнение установленной законом обязанности сообщить органам полиции о случае «неестественной смерти» («unnatural deaths») в течение 24 часов с момента происшествия[14].

Так, после смерти пациента вследствие ошибочной инъекции в токийском госпитале Хиро, директор госпиталя был привлечен к уголовной ответственности именно за нарушение требований ст. 21 Закона о медицинской деятельности. Верховный Суд Японии, оставляя в силе обвинительный приговор[15], разъяснил, что смерть вследствие медицинской ошибки также может рассматриваться в качестве случая «неестественной смерти», о котором необходимо своевременно сообщать органам полиции. Такой подход поставил руководителей медицинских учреждений перед дилеммой: в больницах ежегодно умирает большое количество пациентов, и многие из этих смертей частично могут быть обусловлены недостатками медицинской помощи. Если сообщать о каждом из подобных происшествий в полиции, следователи (обычно не разбирающиеся в тонкостях медицины) могут своими расследованиями парализовать работу больницы. Что же делать?

Противники использования уголовного права в качестве средства контроля за безопасностью медицинских услуг приводят следующие аргументы:

- действия и бездействия врачей, которые приводят к медицинским травмам, являются непреднамеренными (неосторожными), поэтому превентивный эффект уголовного наказания нулевой;
- меры наказания, включая репутационные потери, явно несоразмерны общественной опасности нарушений;

9 Leflar R. B. «Unnatural Deaths», Criminal Sanctions, and Medical Quality Improvement in Japan // Yale J. Health Policy, Law & Ethics. 2009. Vol. 9 (1). P. 1-2.

10 Данные административного управления Верховного Суда Японии по состоянию на 2019 год.

11 Leflar R. B. Medical Injury Litigation and Compensation Systems in Japan, in Medical Liability in Asia and Australasia / Raposo V. L. & Beran R. G. eds. singapore: Springer, 2022. P. 137.

12 Уголовный кодекс Японии, статья 211.

13 Уголовный кодекс Японии, статьи 104 и 156.

14 Закон Японии о медицинской практике (Physicians' Law), статья 21.

15 Keishū 58 (4): 247 of April 13, 2004 (Tokyo Hirō Hospital case).

- полиция и следователи не владеют знаниями в области медицины, не понимают всех тонкостей;
- проводимое уголовное расследование нарушает документооборот в больнице и ухудшает условия лечения пациентов;
- врачи стараются избегать рискованных, но более многообещающих медицинских процедур, уходят из наиболее рискованных медицинских профессий (акушерство, неотложная помощь);
- сосредоточенность уголовного права на индивидуальной вине (конкретного медицинского работника), отвлекает внимание от системных недостатков оказания медицинской помощи, которые лежат в основе большинства предотвратимых неблагоприятных исходов лечения.

Эта критика в адрес уголовного права удвоилась, когда органы полиция и прокуратуры прибегли к чрезмерно жестким мерам. Акушер сельской больницы Ōno потерял пациентку во время сложных родов. Полицейские задержали врача и надели на него наручники, что транслировалось в новостях. Унизительный арест вызвал политическое движение, направленное против уголовной ответственности врачей, проходившее под лозунгом «iryō hōkai» («крах здравоохранения»). Движение оказало сильное влияние не только на общественное мнение, но и, по всей вероятности, на работу судебной системы. По статистике прокуроры в Японии добиваются вынесения обвинительного приговора в 99%+ дел, которые передают в суд[16]. Однако в уголовном деле, связанном с происшествием в больнице Ōno в 2008 году, обвиняемые (медицинские работники) были оправданы. Этот и другие оправдательные приговоры по ряду врачебных уголовных дел серьезно навредили карьере нескольких уважаемых прокуроров[17]. Как следствие, за последние 15 лет было возбуждено незначительное количество уголовных дел в отношении медицинских работников. Роль уголовного права в надзоре за качеством медицинского обслуживания в Японии заметно снизилась.

Кроме того, реагируя на общественное недовольство, парламент Японии в 2014 г. принял закон, предусматривающий создание национальной системы мониторинга и экспертной оценки случаев смерти в больницах. Одновременно был создан независимый Центр мониторинга и расследования медицинских происшествий (Medical Accident & Investigation Support Center)[18], без внесения каких-либо поправок в ст. 21 Закона о медицинской практике. Реализация закона 2014 года на практике была отмечена противоречиями. Специалистами были подняты следующие вопросы:

- В качестве подлежащих учету и расследованию медицинских происшествий законодатель определил лишь случаи смерти (исключив даже тяжкий вред здоровью), которые являются непредвиденными (unforeseen). Но что это значит? Кто определяет такой характер неблагоприятного медицинского исхода, с помощью каких критериев и по какой процедуре?
- Может ли экспертиза медицинского происшествия осуществляться силами самой больницы, в котором оно произошло, либо необходимо привлечение внешних, независимых экспертов?
- Какая информация о ходе лечении пациента должна быть предоставлена членам его семьи по итогам проведенной экспертизы? Должна ли она предоставляться в письменной форме?
- Должно ли расследование фокусироваться только на обстоятельствах конкретного медицинского происшествия, либо также необходимо разработать меры по предотвращению аналогичных неблагоприятных исходов в будущем?
- Какие факты, содержащиеся в отчете больницы (об итогах внутреннего расследования), направляемом в Центр мониторинга, должны быть обнародованы?

16 Ramseyer J. M., Nakazato M. Japanese Law: An Economic Approach. Chicago: University of Chicago Press, 1999. P. 178.

17 Leflar R. B. Medical Injury Litigation and Compensation Systems in Japan. P. 124.

18 Закон №205 от 2014, о внесении дополнений в ст. 6 (10) Закона Японии о медицинском обслуживании (Medical Services Law).

Для решения обозначенных вопросов министром здравоохранения Японии были проведены общественные слушания[19]. В обсуждении приняли активное участие представители Ihōkyō (ассоциация частных больниц), которые высказали следующие предложения:

- Администраторы больниц как наиболее сведущие в данном вопросе должны иметь некоторую свободу усмотрения в том, какие из медицинских происшествий (какие случаи смерти в больнице) подлежат учету и расследованию.
- Будет несправедливым, если деятельность больницы будут оценивать сторонние (внешние) эксперты из престижных медицинских организаций и институтов, которым не известны местные условия оказания медицинской помощи.
- Предоставление письменных отчетов пациентам или их близким может стать лишь оружием для их адвокатов и помешать сотрудничеству медицинского персонала при проведении внутрибольничных разборов медицинских происшествий.
- Включение в отчеты (для Центра), которые могут быть истребованы судом при рассмотрении гражданского или уголовного дела, мер по предотвращению аналогичных медицинских происшествий в будущем может привести к предвзятым, сделанным задним числом, выводам суда о допущенной ранее врачами профессиональной небрежности[20].

Понимая, что сотрудничество с врачами — представителями Ihōkyō, — крайне важно для успешного функционирования новой системы мониторинга и расследования медицинских происшествий, министр здравоохранения Японии согласился с большинством сделанных ими предложений. Как пояснил министр, «...целью новой системы является обеспечение безопасности медицинской деятельности, а не стремление к индивидуальной ответственности»[21].

К чему привел этот мягкий подход министра здравоохранения к реализации закона 2014 года? Результат оказался следующим. Руководители японских больниц, получившие возможность самостоятельно определять, какие случаи смерти в больнице являются «непредвиденными», решили подвергать внутренней экспертизе лишь незначительное количество соответствующих происшествий и еще реже сообщать о них в Центр. В течение первых 8 лет работы системы мониторинга (2015-2023 годы) в Центр поступало в среднем около 350 сообщений в год о случаях непредвиденной смерти, из которых порядка 218[22] передавались для независимого расследования в Центр — и это в стране с населением 126 млн человек, где ежегодно умирает 1,58 млн человек. Практически все случаи смерти рассматриваются администрацией больниц как «предвидимые», поэтому о них не сообщается в Центр и они не подвергаются даже внутренней экспертизе. Отрицательное отношение к раскрытию информации о летальных медицинских происшествиях распространено и среди японских врачей[23].

В заключение можно отметить следующее:

- Данные о количестве случает предотвратимых летальных исходов в больницах Японии ненадежны и существенно занижены. Достоверная информация о количестве предотвратимых медицинских осложнений в Японии отсутствует.
- Заниженные министром здравоохранения показатели смертности в больницах вводят общественность Японии в заблуждение относительно истинных масштабов медицинских ошибок. Закономерным последствием такого иска-

19 Автор статьи принимал участие во многих подобных слушаниях.

20 Заметки автора статьи во время публичных слушаний.

21 Распоряжение министра здравоохранения Японии №100 от 08.05.2015.

22 Пресс-релиз Центра мониторинга и расследования медицинских происшествий от 9 августа 2023 года (на японском) // URL: https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/houdoushiryo20230809.pdf (дата обращения: 10.10.2023).

23 Kurihara M. et al. Nationwide survey on Japanese residents' experience with and barriers to incident reporting // PLoS One. 2022. Vol. 17 (12): e0278615.

жения фактов является отвлечение государственных и общественных ресурсов, внимания политических, медицинских и научных кругов от поиска эффективного решения проблемы медицинских ошибок.

- Новая система мониторинга двигается крохотными шагами. Прогресс в части экспертизы и выявления истинных (коренных) причин медицинских осложнений происходит постепенно и очень медленно.
- Несмотря на то, что новая система ограничена в части предмета мониторинга (лишь случаи смерти пациента) и недостаточно эффективна, она в любом случае свидетельствует о прогрессе: необходимость экспертной оценки медицинских происшествий осознают все большее количество японских врачей.
- В свою очередь, ожидания японских пациентов в части повышения прозрачности расследования медицинских происшествий будут расти.

3. Законодательство Тайваня о медицинской деятельности в действии

Тенденции судебной практики

Как государство континентального права Тайвань имеет правовую систему, сходную с японской: обе они имеют в качестве своего прототипа германское право. В обеих системах «небрежность» может быть одновременно и деликтом, и преступлением. Поэтому в Тайване, как и в Японии, причинение медицинской травмы пациенту может быть основанием как для гражданского иска, так и для уголовного обвинения.

Количество гражданских исков из медицинской небрежности за последние восемь лет увеличилось более чем в два раза (с 74 to 159)[24]. Количество уголовных расследований по поводу предполагаемых медицинских ошибок было относительно постоянным в период с 1980-х по 1990-е годы, начиная с 2002 года оно начало расти и достигло своего пика в 2015 году (204), однако в последующие годы стало снижаться (до 132 в 2018 году). Лишь небольшой процент расследований завершается вынесением обвинительного заключения (2,7% в 2012-2018 годах). По итогам судебного разбирательства обвинительный приговор выносится примерно в 20% случаев[25].

Системы возмещения медицинского вреда в Тайване

Следует обратить внимание на пять аспектов тайваньской системы компенсации медицинских травм:

1. взаимосвязь между гражданским иском из медицинской небрежности и уголовным преследованием, которая дает потерпевшим (истцам) определенные преимущества, что вызывает недовольство у медицинского сообщества;
2. доктрина информированного согласия пациента на медицинское вмешательства и её применение в судебной практике;
3. использование экспертного заключению в качестве ключевого доказательства в делах о медицинской небрежности;
4. широкое применение альтернативных (внесудебных) способов разрешения медицинских споров;
5. создание не основанных на вине (No-fault) систем компенсации медицинского вреда.

При предъявлении претензий по поводу предполагаемой медицинской ошибки потерпевшие могут извлечь определенные преимущества, используя средства гражданского и уголовного права. Они могут обратиться с жалобой к прокурору, который обязан провести расследование, и одновременно предъявить дополнительный гражданский иск о возмещении вреда. В таком случае потерпевший получает следующую выгоду: юридически значимые факты устанавливаются за счет государства; потерпевший избегает значительных судебных издержек, которые обычно взимаются в гражданском судопроизводстве; у потерпевшего появляется рычаг давления при ведении неформальных переговоров с другой стороной, суть которого в угрозе уголовного преследования ответчика (in terrorem). Тайваньские врачи сетуют на то,

24 Liang, Leflar & Wu, Taiwan's Medical Injury Law in Action // Emory Int'l L. Rev. 38:1 (в печати).

25 См. Liang, Leflar & Wu, Taiwan's Medical Injury Law... chart C.

что подобная система преследования за медицинские травмы приведет к истощению кадров в пяти основных медицинских профессиях и коллапсу здравоохранения, повторяя риторику «iryō hōkai», ранее звучавшую в Японии[26].

Вся последующая политика реформ медицинского законодательства Тайваня была обусловлена, прежде всего, недовольством врачей угрозой уголовного преследования. У медицинского сообщества появился авторитетный защитник в лице Tai-Yuan Chiu, бывшего президента Тайваньской медицинской ассоциации, который был избран в Парламент Тайваня (Legislative Yuan). Серия законопроектов, внесенных на рассмотрение в Парламент, завершилась принятием в 2017 году поправки к Закону о медицинской деятельности. В соответствии с поправкой дополнительным критерием оценки действий медицинского работника в качестве небрежных является «превышение разумного клинического профессионального усмотрения»; только при наличии указанного признака может наступать гражданско-правовая или уголовная ответственность за причинение вреда пациенту[27].

Потерпевшие в своих исках часто указывают как на допущенную врачом небрежность при медицинском вмешательстве, так и на дефекты информированного согласия (insufficient informed consent). Судебная практика по спорам, связанных с ненадлежащим информированием пациента, довольно противоречива. Однако ученые отмечают наметившийся подход в пользу признания за пациентами права знать об ожидаемом эффекте лечения, сопутствующих лечению рисках и доступных альтернативах[28]. Признание Конституционным Судом прав геев[29] — впервые в Восточной Азии — лишь усиливает этот тренд.

В случае поступления жалобы (иска) по поводу медицинской небрежности как судьи, так и прокуроры прибегают к помощи предположительно беспристрастной Комиссии по вопросам медицинской практики (Medical Review Committee) для предварительного анализа имеющихся доказательств по делу, начиная с проверки истории болезни пациента, его медицинской карты. Экспертная оценка подобных документов является источником основных доказательств по данной категории гражданских и уголовных дел. Такая система взаимодействия судей и прокуроров с экспертными комиссиями позволяет избежать значительных расходов и зависимости от частных экспертов, которые часто препятствуют эффективной работе американской системы правосудия.

В последние годы в Тайване получили широкое распространение альтернативные формы разрешения медицинских споров (ADR). Большая часть имущественных претензий пострадавших пациентов теперь удовлетворяется вне судебной системы. В 2022 г. парламент Тайваня принял Закон о предотвращении медицинских происшествий и урегулировании медицинских споров (Medical Incident Prevention and Dispute Resolution Act)[30], призванный объединить существующие формы медиации и примирения в единый форум на уровне местных органов власти. После введения новой системы все медицинские споры будут проходить обязательную процедуру медиации, продолжительностью до трех месяцев, до передачи спора в суд. Новая система позволит медиаторам привлекать экспертов для получения заключений в области медицины, права, психологии и социальной работы.

Не основанные на вине (No-fault) компенсационные системы охватывают случаи смерти и вреда здоровью пациента вследствие вакцинации и некоторых побочных реакций на лекарственные препараты, а также родовые травмы (childbirth-related injuries). Эти системы позволили Тайваню вывести из сферы судебного разбирательства многие споры с участием пациентов.

26 См. Liang, Leflar & Wu. Op. cit.

27 Там же

28 Там же

29 Решение Конституционного Суда Японии №748 от 24.05.2017.

30 Medical Incident Prevention and Dispute Resolution Act) // URL: https://law. moj. gov. tw/ENG/LawClass/LawAll. aspx?pcode=L0020227 (дата обращения: 10.10.2023).

В заключение

В отличие от Японии, где реформа медицинского законодательства, проведенная парламентом в 2014 году, не привела к существенному прогрессу, принятие парламентом Тайваня двух законодательных актов в 2017 и 2022 гг. свидетельствует о перспективах создания действенной системы компенсации медицинского вреда, которая может получить общественную поддержку.

Список литературы:

1. Berwick D. M. Constancy of Purpose for Improving Patient Safety: Missing in Action // New England J. Med. 2023. Vol. 388. P. 181-182.
2. Brennan T. A., Leape L. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I // New England J. Med. 1991. Vol. 324. P. 370-376.
3. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Kohn L. et al. eds. Washington (DC): National Academies Press, 1999.
4. Kurihara M. et al. Nationwide survey on Japanese residents' experience with and barriers to incident reporting // PLoS One. 2022. Vol. 17(12): e0278615. doi: 10. 1371/journal. pone. 0278615.
5. Liang, Leflar & Wu, Taiwan's Medical Injury Law in Action // Emory Int'l L. Rev. 2024. Vol. 38 (1) (forthcoming).
6. Leflar R. B. «Unnatural Deaths,» Criminal Sanctions, and Medical Quality Improvement in Japan // Yale J. Health Policy, Law & Ethics. 2009. Vol. 9 (1). P. 1- 51.
7. Leflar R. B. Medical Injury Litigation and Compensation Systems in Japan, in Medical Liability in Asia and Australasia // Raposo V. L. & Beran R. G. eds. Singapore: Springer, 2022. 308 p.
8. Makary M. A., Daniel M. Medical error — the third leading cause of death in the U. S. // Brit. Med. J. 2016. Vol. 353: i2139. doi: 10. 1136/bmj. i2139
9. Ramseyer J. M., Nakazato M. Japanese Law: An Economic Approach. Chicago: University of Chicago Press, 1999. 310 p.
10. Studdert D. M, Mello MM. In from the Cold? Law's Evolving Role in Patient Safety // DePaul L. Rev. 2019. Vol. 68 (2). Pp. 421-458.
11. Vincent C. Patient Safety. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone, 2006. 254 p.

Об авторе:

Лефлер Роберт Б. — приглашенный научный сотрудник Национального университета Тайваня (Тайбэй) и визит-профессор Национального университета Янг-Минг Чяо-Тунг (Хсинчу) Тайвань, rbleflar@uark.edu

Robert B. Leflar — Visiting Scholar at National Taiwan University and Visiting Professor at National YangMing ChiaoTung University, Taiwan

Перевод на русский язык — Максим Владимирович Кратенко, доцент кафедры гражданского права СПбГУ, кандидат юридических наук.

Translated into Russian — Maxim Vladimirovich Kratenko, Associate Professor of the Department of Civil Law of St. Petersburg State University, Candidate of Law.

© Роберт Б. Лефлер, 2023

Для цитирования:

Роберт Б. Лефлер Законодательство о медицинских травмах в действии: сравнительный опыт Японии и Тайваня (пер. с анг. М.В. Кратенко) // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 68-76.

For citation:

Robert B. Leflar Medical Injury Law in Action: Japan and Taiwan Compared (translated from English by M.V. Kratenko) // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 68-76.

Автор заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 26.10.2023 г.

Лузанова И. М., Лебеденко М. А.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ВОЗБУЖДЕНИЯ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ ПО ПРЕСТУПЛЕНИЯМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2020-2021 ГОДЫ

В статье дан анализ статистики уголовных дел, возбужденных в Оренбургской области за 2020-2021 гг. по преступлениям, совершённым в сфере здравоохранения. Проведена оценка динамики и тенденций уголовного преследования. Рассмотрена проблематика выявления, учёта и анализа данной категории уголовных дел. Определены две основные проблемы, затрудняющие анализа данных по преступлениям с участием специальных субъектов — медицинских работников: терминологическая проблема выделения преступлений в особую категорию и отсутствие отдельной статистической группы в отчетности правоохранительных органов и судов. В работе выявлена и обоснована необходимость введения отдельной категории статистического учёта при регистрации возбуждаемых уголовных дел о преступлениях, совершённых в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: *преступления в сфере здравоохранения, уголовная статистика, ятрогенные преступления, уголовное преследование медицинских работников, учёт преступлений в сфере здравоохранения*

Inna Luzanova, Maksim Lebedenko

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF INITIATION OF CRIMINAL CASES FOR CRIMES IN THE FIELD OF HEALTHCARE IN THE ORENBURG REGION FOR 2020-2021

In the article, the authors provide an analysis of the statistics of criminal cases initiated in the Orenburg region for 2020-2021. for crimes committed in the healthcare sector. An assessment was made of the dynamics and trends of criminal prosecution for crimes related to the healthcare sector. The problems of identifying, recording and analyzing this category of criminal cases are considered. Two main problems have been identified that make it difficult to analyze data on crimes involving special subjects — medical workers: the terminological problem of separating crimes into a special category and the lack of a separate statistical group in the reporting of law enforcement agencies and courts. The work identifies and substantiates the need to introduce a separate category of statistical accounting when registering criminal cases involving crimes committed in the field of healthcare.

Keywords: *crimes in the healthcare sector, criminal statistics, iatrogenic crimes, criminal prosecution of medical workers, recording of crimes in the healthcare sector*

Вопросы уголовной ответственности медицинских работников находятся в фокусе внимания правоохранителей, медицинских работников, общества в целом. Практически каждый случай публикации в СМИ о неблагоприятном исходе медицинской помощи и обращении родственников или пациентов становится резонансным, порождая дискуссии в профессиональных медицинских онлайн сообществах. Причины и условия наступления ответственности являются предметом исследования и правоохранителей, и специалистов по медицинскому праву.

Существуют две основные проблемы, затрудняющие анализ данных по преступлениям с участием специальных субъектов — медицинских работников: терминологическая проблема выделения преступлений в особую категорию и отсутствие отдельной статистической группы в отчетности правоохранительных органов и судов.

Так, Т. В. Семина с соавт. обозначает данную группу как «врачебные преступления»[1]. Заслуживает внимания мнение Ю. П. Гармаева, который выделяет группу «преступлений в сфере здравоохранения», классифицируя составы по уголовно-правовому критерию[2]:

1. преступления, совершаемые при оказании медицинской помощи (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ч. 3 ст. 123, 124.1, ст. 125, ст. 235, п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ и другие;
2. коррупционные и должностные преступления (ст. 290-291. 2, ст. 285, 286, 292, 293 УК РФ и др.);
3. в том числе преступления, связанные с проведением закупочных процедур (ст. 178 УК РФ, 200.4 и 200.5 УК РФ и др.);
4. преступления, связанные с фармацевтической деятельностью (ст. 238.1, 327.2 УК РФ);
5. преступления, связанные с медицинским страхованием (ст. 159 5 УК РФ);
6. преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков и сильно действующих веществ (ст. 233 УК РФ и др.).

Правоохранительные органы в широко используют термин «ятрогенные преступления», к которым относят составы ч. 2 ст. 109, ч. 2, 4 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ч. 3 ст. 123, ст. 235, п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ[3]. Так, по данным следователя по особо важным делам отдела по расследованию ятрогенных преступлений Главного следственного управления СКР Т. Н. Петровой в Следственный комитет Российской Федерации (СКР) в 2021 году поступило 6248 заявлений от граждан о ятрогенных преступлениях, по 2095 принято решение о возбуждении уголовных дел[4]. В 2021 году из 3722 уголовных дел, находящихся в производстве, было окончено 1636. Из них направлено в суд с обвинительным заключением 176 материалов. В 2020 году в СКР поступило 5452 сообщений о ятрогенных преступлениях, по которым было возбуждено 1639 уголовных дел. В суд с обвинительным заключением были переданы материалы по 202 эпизодам.

В научной литературе «преступления с участием медицинских работников» классифицируются по различным основаниям. Так, Е. Х. Баринов выделяет группы составов по «объекту преступления (должностные, против жизни и здоровья человека, против свободы личности, против здоровья населения и общественной безопасности), по субъективной стороне (неосторожные и умышленные, с двумя формами вины) и по наступившим общественно-опасным последствиям[5].

На наш взгляд, наиболее ёмким и охватывающим разнообразные составы УК РФ является термин «преступления в сфере здравоохранения».

Проведение количественного и качественного анализа данных статистики преступлений в сфере здравоохранения позволяет определить тенденции, проанализировать основные дефекты в организации или оказании медицинской помощи, выявить и, в последствии, предупредить как сами преступления, так и вред, причиняемый ими обществу.

Объектами изучения в настоящей работе являются статистические данные о количестве возбужденных уголовных дел в сфере

1 Семина Т. В., Клевно В. А., Гусев А. Ю., Веселкина О. В. Уголовная ответственность врача в современной России // М.: Проспект, 2021. 352 с.

2 Гармаев Ю. П. Эффективная методика расследования преступлений в сфере здравоохранения: какой ей быть? // Вестник Сибирского юридического института МВД России. 2023. №2. С. 137-143.

3 Ситникова А. И. Ятрогенные преступления: уголовно-правовой и процессуальный аспекты // Медицинское право. 2018. №2. С. 41-44.

4 Бескаравайная Т. СК привел новые данные о количестве обвиняемых в ятрогенных преступлениях медработников // URL: https://medvestnik.ru/content/news/SK-privel-novye-dannye-o-kolichestve-obvinyaemyh-v-yatrogennyh-prestupleniyah-medrabotnikov. html (дата обращения: 22.11.2023).

5 Баринов Е. Х., Гецманова И. В., Поздеев А. Р. Практика применения специальных познаний судебной медицины в суде // М.: Проспект, 2017. 176 с.

охраны здоровья и оказания медицинской помощи в Оренбургской области. Методологическую основу исследования представляют совокупность методов научного познания, использованы общенаучные методы (анализа и синтеза, абстрагирования и конкретизации) и частно-научные — сравнительно-правовой и технико-юридический методы.

Характер сущности и последствий взаимодействия лечебного учреждения и медицинского работника с правоохранительными органами различается в зависимости от оснований его возникновения, квалификации деяний, этапов уголовного процесса. Начиная с доследственной проверки по ст. 144 УПК РФ до приговора суда, результаты взаимодействия медицинских работников и медучреждений с системой правоохранительных органов влияют как на профессиональную деятельность каждого отдельного специалиста, так и на работу всего медицинского учреждения.

При анализе данных по Оренбургской области за 2020-2021 гг. авторами использована статистические данные, представленные в официальных открытых источникиах государственных органов — прокуратуры, СК, МВД.

Изучение данных в открытых источниках затруднено методикой учета и систематизации преступлений. Правоохранительные органы и государственные органы статистики ведут учёт всех преступлений по различным предметам и категориям анализа, но такого признака, как преступление, совершённое в сфере здравоохранения, по поводу или в связи с профессиональной медицинской деятельностью нет ни в одной официальной методике. Составы преступлений, объективная сторона которых реализуется в сфере здравоохранения, а субъектом является медицинский работник, содержатся в разных главах УК РФ, но в статистических учётных документах учитываются по разным критериям. Например, Приказ Генеральной прокуратуры РФ, МВД РФ, МЧС РФ, Минюста РФ, ФСБ РФ, Минэкономразвития РФ и Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков от 29 декабря 2005 г. №39/1070/1021/253/780/353/399 «О едином учете преступлений»[6] регламентирует ведение учёта преступлений всеми правоохранительными органами Российской Федерации. Приказ содержит требования для сотрудников, заполняющих учётные карточки по статистической классификации и описанию регистрируемого возбужденного уголовного дела. В соответствии с указанным нормативным актом, указываются признаки преступления и отрасль хозяйственной деятельности и жизни, в которой оно совершено. Однако вычленить интересующие нас преступления только по анализу учётных статистических карточек практически невозможно. Например, пункт «и» раздела «III Порядок заполнения и представления статистической карточки формы №1» (заполняется при возбуждении уголовного дела) содержит единственное упоминание сферы медицинских услуг, которое нельзя отделить при заполнении карточки от других, находящихся в том же пункте сфер деятельности: «с потребительским рынком (код 013) — преступления, совершенные в сфере торговли и общественного питания или сфере услуг, где под потребительским рынком понимают организации независимо от их организационно-правовых форм, а также индивидуальных предпринимателей, занимающихся производством товаров для реализации, реализацией товаров по договору купли-продажи, выполнением работ или оказанием по возмездному договору следующих видов услуг: бытовых, транспортных, связи, жилищно-коммунальных, туристических, медицинских, санаторно-оздоровительных, правового характера и прочих, исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд граждан, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности».

Так же практика показывает, что сотрудники правоохранительных органов не всег-

6 Приказ Генеральной прокуратуры РФ, МВД РФ, МЧС РФ, Минюста РФ, ФСБ РФ, Минэкономразвития РФ и Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков от 29 декабря 2005 г. №39/1070/1021/253/780/353/399 «О едином учете преступлений» (с изменениями и дополнениями 15 октября 2019 г) // СПС «Гарант», URL: https://base. garant.ru/12144358/ (дата обращения: 22.11.2023).

да точно указывают пункты разделов, описывающих сферы деятельности, в которых, как они считают, совершено преступление, ограничиваясь лишь указанием основных пунктов классификаторов, относящихся к характеристике преступления, субъекта преступления (если дело возбуждается не по факту, а в отношении сразу установленного лица) и потерпевшего.

Выделить интересующую нас информацию достаточно просто можно, если уголовное дело возбуждается по сугубо «медицинской» статье, там, где сфера деятельности и субъект преступления подразумеваются самим составом, например — по ст. 128. УК РФ «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию» или ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному». В этих случаях сами составы преступлений указывают на сферу совершения деяний. Но если нам необходимо статистически классифицировать профессиональные преступления в рамках наиболее часто применяемой к специальному субъекту-медицинскому работнику ч. 2 ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», необходимо проанализировать весь массив сведений по составам преступления, вычленяя из них те, которые по описанию деяния относятся к интересующей нас категории.

При анализе динамики возбуждения уголовных дел в отношении медработников, либо в сфере, связанной с предоставлением медицинских услуг и оказанием медицинской помощи, в Оренбургской области за 2020 и 2021 годы наблюдается следующая картина:

- по ч. 2 ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» по фактам, связанным с медицинскими работниками и медучреждениями возбуждено в 2020 году 17, в 2021 году 15 уголовных дел;
- по ч. 2 ст. 118 УК РФ «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» в 2020 году возбуждено 2 уголовных дела, в 2021 году не возбуждались;
- по статье 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» в 2020 году возбуждено 1 уголовное дело, в 2021 не возбуждались;
- по статье 238 УК РФ «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» в 2020 г. возбуждено 1 уголовное дело, в 2021 г. — 3 уголовных дела;
- по ст. 293 УК РФ «Халатность» в 2020 году возбуждено 4, 2021 г. — 13 уголовных дел.
- по статье 286 УК РФ «Превышение должностных полномочий» возбуждены в 2020 г. — 1 уголовное дело и в 2021 г. — 1 уголовное дело;
- по статье 292 УК РФ «Служебный подлог» 2020 г. возбуждено 6, в 2021 — 1 уголовное дело.

Интересно сложилась ситуация с возбуждаемыми уголовными делами по ст. 290 УК РФ «Получение взятки». Если наш прошлый анализ показывал планомерный рост с 2017 по 2019 годы[7], то в 2020-2021 годах, соответственно, было возбуждено по 1 уголовному делу. Данная ситуация может быть следствием многих факторов, одним из определяющих является ситуация с COVID-19.

Отличительной чертой анализируемого периода, в сравнении с прошлым анализом авторов за 2017-2019 годы[8] является относительное снижение количества уголовных дел. К примеру, по таким профессиональным составам, как ст. 128 УК «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях», ст. 123 УК «Незаконное производство аборта», ст. 228.2. УК «Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ», ст. 233 УК «Незаконная выдача

7 Лебеденко М. А, Лузанова, И. М. Основные тенденции уголовного преследования в сфере здравоохранения на примере Оренбургской области в 2017-2019 гг. // Труды Оренбургского института (филиала) Московской государственной юридической академии. 2019. №42. С. 80-82.

8 Там же

либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ», ст. 235 УК «Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью», ст. 236 УК «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил», ст. 237 УК «Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей» за 2021-2022 в Оренбургской области уголовные дела не возбуждалось.

Необходимо отметить, при анализе случаев уголовно-правовой оценки организации и оказания медицинской помощи не учитывались результаты доследственных проверок, проводимых правоохранительными органами по ст. 144 УПК РФ в анализируемый период времени, по результатам проведения которых в последующем 2022 году было отказано в возбуждении уголовного дела или они были направлены по подследственности в другие регионы. Эта информация полностью недоступна для исследований, так как доступ к Книгам учёта сообщений о преступлениях, в которых отмечаются все случаи, по которым проводится тем или иным органом проверка, и принятые по материалам проверки решения, имеют только сами сотрудники или надзирающий прокурорский работник.

Нужно принимать во внимание, что возбуждение уголовного дела не обязательно завершается вынесением обвинительного приговора. Часть уголовных дел может быть прекращена или приостановлена. Кроме того, сотрудники правоохранительных органов могут возбуждить уголовные дела по нескольким эпизодам (в основном это относится к составам должностных преступлений) и в последующем объединить их в одно производство. Соответственно, эти особенности не позволяют более точно провести количественный и качественный анализ всех случаев уголовного преследования за совершение противоправных деяний в сфере охраны здоровья.

Авторами представлены анализ данных по возбуждению уголовных дел по составам преступлений в сфере здравоохранения за 2020-2021 гг., когда в фабулах уголовных дел упоминаются медицинские работники или лечебные учреждения.

Такой анализ необходимо проводить на уровне правоохранительных органов и органов государственной статистики не путём непосредственного мониторинга массива дел, а с помощью вводимых в отчётность классификаторов.

Для этого необходимо, чтобы наряду с принятыми классификаторами в карточках учёта преступлений форм 1 и 1.1, заполняемыми при возбуждении уголовных дел, были введены классификаторы «в сфере здравоохранения» и «пациент». Эти два отдельных классификатора позволят проводить оперативный и достоверный анализ данной категории дел, что необходимо как правоохранительным органам, так и медицинскому сообществу.

Об авторах:

Лузанова Инна Михайловна — доцент кафедры судебной медицины и правоведения ФГБОУ «Оренбургский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, Оренбург, illuz904@gmail.com

Лебеденко Максим Алексеевич — ассистент кафедры судебной медицины и правоведения ФГБОУ «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург

Inna Mikhailovna Luzanova — associate professor of the Department of Forensic medicine and law Orenburg State Medical University, PHD in medicine, Orenburg

Maksim Alekseevich Lebedenko — assistant of the department of Forensic medicine and law Orenburg State Medical University, Orenburg

© Лузанова И. М., Лебеденко М. А., 2023

Для цитирования:

Лузанова И. М., Лебеденко М. А. Анализ динамики возбуждения уголовных дел по преступлениям в сфере здравоохранения в Оренбургской области за 2020-2021 гг. // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 77-82.

For citation:

Luzanova I. M., Lebedenko M. A. Analysis of the dynamics of initiation of criminal cases for crimes in the field of healthcare in the Orenburg region for 2020-2021 // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 77-82.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2023 г.

Радов В. В.

НЕОСТОРОЖНОЕ СОПРИЧИНЕНИЕ В ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

Стечение нескольких лиц в неосторожном преступлении привносит особенности в оценку этой группы деяний в целом и в отношении отдельных субъективных и объективных признаков составов ятрогенных преступлений. На основании анализа материалов судебной практики о случаях причинения смерти вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи двумя и более медицинскими работниками, выводятся уголовно-правовые закономерности и особенности. Автор поднимает вопросы юридических последствий констатации неосторожного сопричинения. В результате проведенного исследования выделяется критерий неосторожного сопричинения, выраженный в совпадении профиля (специальности) медицинской деятельности нескольких сопричинителей вреда.

Ключевые слова: *неосторожность, ятрогенное преступление, ненадлежащее оказание медицинской помощи, множественность лиц, квалификация преступлений*

Vladislav Radov

NEGLIGENT CO-INCIDENCE IN IATROGENIC CRIMES

The combination of several persons in a careless crime introduces features into the assessment of this group of acts as a whole and in relation to individual subjective and objective signs of iatrogenic crimes. Based on the analysis of judicial practice materials on cases of death due to improper provision of medical care by two or more medical workers, criminal law patterns and features are derived. The author raises questions of the legal consequences of establishing careless co-causation. As a result of the study, the criterion of careless co-infliction is identified, expressed in the coincidence of the profile (specialty) of medical activity of several co-inflicters of harm.

Keywords: *negligence, iatrogenic crime, improper provision of medical care, plurality of persons, qualification of crimes*

Целесообразность расследования преступления, совершенного несколькими медицинскими работниками по неосторожности, в рамках одного уголовного дела переоценить трудно. Как указал суд апелляционной инстанции в решении по делу о преступлении, предусмотренном ст. 264 УК РФ и совершенном несколькими лицами, «расследование в различных производствах может в дальнейшем привести к установлению различных обстоятельств одного события преступления»[1].

Особенностью неосторожного сопричинения, как верно отмечает А. И. Рарог, является то, что неблагоприятный результат исходит из «единой причины» — нарушений, совершённых несколькими лицами[2]. Тяжкова И. М. при этом справедливо указывает на трудности реализации этого института, связанные с тем, что в большинстве случаев правовую оценку получают деяния только тех лиц, чьё нарушение «наиболее приближено к общественно

1 Апелляционное постановление ВС Кабардино-Балкарской Республики №22К-447/2017 от 30.06.2017 по делу №22К-447/2017 // URL: https://sudact.ru/regular/doc/1R26WP5IxaV (дата обращения: 14.05.2022).

2 Рарог А. И. Ответственность за неосторожное сопричинение // Уголовное право в XXI веке: материалы Международной научной конференции. Юридический ф-т МГУ им. М. В. Ломоносова, 31 мая-1 июня 2001 г. М., 2002. С. 68.

опасному последствию»[3]. В практике конституционного правосудия известен случай, когда осужденный детский хирург оспаривал конституционность ч. 2 ст. 109 УК РФ как позволяющей привлекать его одного к уголовной ответственности за причинение по неосторожности смерти, наступившей ввиду совокупности недостатков оказания медицинской помощи, совершенных не только им[4].

Исследованные нами судебные акты последних лет показали, что неосторожное сопричинение в делах о ятрогенных преступлениях чаще охватывает дефекты врачевания двух, реже — трех медицинских работников. Если в одних случаях суд акцентирует внимание на самостоятельности обвинений и преступлений, то в других — наоборот, подчеркивает признак совместности. Правоприменители в данных случаях также отмечают наличие причинно-следственной связи между нарушениями нескольких медицинских работников и наступившим результатом, указывая и на характер причинной связи. Так, несмотря на указание «каждым в отдельности» в одном из дел суд фактически указал на общую причину преступного результата: «Между ненадлежащим исполнением Лихановой Г. С., Ушаковым А. Г. (каждым в отдельности) своих профессиональных обязанностей и совокупности дефектов оказания медицинской помощи больному КАИ, и наступлением смерти потерпевшего от абдоминального сепсиса и шока имеется причинно-следственная связь»[5].

Если несколько медицинских работников привлекается к уголовной ответственности за совершение ятрогенного преступления, то наблюдается следующая закономерность, выражающаяся в совпадении профиля их медицинской деятельности. Правоприменительной практике известны случаи совершения ятрогенного преступления, когда виновными признавались 2 врача акушера-гинеколога, 2 врача-фтизиатра, 2 врача-хирурга, 2 врача-педиатра, 3 анестезиолога-реаниматолога и др.

Например, в одном из решений указано: «В результате вышеуказанных последовательных нарушений, допущенных вначале лечащим врачом-фтизиатром Федосовой Е. А., а затем участковым врачом-фтизиатром Сиротиной Ю. В., в отношении пациента ФИО не было организовано своевременного квалифицированного обследования и лечения...»[6].

Имеют место и другие случаи, когда профиль деятельности медицинских работников отличается. Например, известно дело в отношении врача-невролога и врача-терапевта, каждый из которых в отдельности нарушил собственные профессиональные обязанности. Заметим, что в постановлении суда не отражена совместность данных лиц в причинении смерти пациенту: не дана итоговая квалификационная запись. Наоборот, суд описал обособленные нарушения профессиональных обязанностей каждого из врачей, когда каждый из них имел возможность предотвратить наступление смерти пациента[7].

В анализируемом контексте нужно отграничивать неосторожное сопричинение от совпадения действий. Первое характеризуется взаимной обусловленностью поведения участвующих лиц, которое образует совокупную причину единого результата.

3 Тяжкова И. М. Неосторожные преступления с использованием источников повышенной опасности. СПб: Юрид. Центр Пресс, 2002. 276 с.

4 Определение Конституционного Суда РФ от 26.10.2021 №2146-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Гуськова...» // URL: https://legalacts.ru/sud/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-26102021-n-2146-o/ (дата обращения: 14.05.2022).

5 Постановление Ингодинского районного суда г. Читы от 02.09.2019 по делу №1-89/2019 // URL: https://ingoda--cht.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=276513784&case_uid=b10d8a4e-f7ab-4ce5-8d0b-5b8b9864b469&delo_id=1540006 (дата обращения: 14.05.2022).

6 Постановление Тамбовского областного суда от 15 ноября 2018 г. по делу №22-1338/2018 // URL: https://sudact.ru/regular/doc/wOQTxvnF02VC/ (дата обращения: 14.05.2022).

7 Постановление Зиминского городского суда (Иркутская область) от 17 августа 2016 г. по делу №1-198/2016 // URL: https://ziminsky--irk.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=409134425&case_uid=65ef6608-dd60-43b0-b1e0-96e0f68a1a26&delo_id=1540006 (дата обращения: 14.05.2022).

Второе — отсутствием совместности и, как правило, достаточностью нарушения одного из участвующих лиц для наступления последствий. В обоих случаях все лица действуют по неосторожности.

Важным вопросом, как нам видится, является то, какие юридические последствия влечет установление неосторожного сопричинения для возложения уголовной ответственности за ятрогенное преступление? Курсаев А. В. полагает, что введение специальных правил в УК РФ для оценки подобных случаев поможет преодолеть «препятствие для привлечения к уголовной ответственности и индивидуализации наказания виновным лицам»[8]. Вместе с тем анализ судебной практики показывает, что правоприменители не сталкиваются с этими проблемами.

Рассмотрим пример, где в смерти пациентки были признаны виновными 3 медицинских работника, в том числе 2 врача анестезиолога-реаниматолога и медсестра-анестезист. Так, Г. была успешно проведена операция по поводу аппендицита, в течение которой анестезиологическое пособие осуществлял заведующий отделением реанимации Идрисов — лечащий врач Г. После операции девочке был показан перевод из операционной палаты в реанимацию в целях выведения её из наркоза. На время перевода Идрисов переключил ребёнка с аппарата ИВЛ на ручной аналог — мешок Амбу. Перевод осуществляли Идрисов, медицинская сестра-анестезист Кузнецова и врач анестезиолог-реаниматолог Григорьянц. По пути Идрисова как заведующего отделением позвали для маршрутизации другого пациента, находящегося в тяжелом состоянии. По прибытию в реанимацию медсестра Кузнецова собрала дыхательный контур, то есть подсоединила его к аппарату ИВЛ, а Григорьянц подключила аппарат к эндотрахиальной трубке у пациентки Г. Когда через несколько минут в палату вошел Идрисов, пациентку уже неестественно раздуло, он стал принимать реанимационные мероприятия, переключив девочку к другому аппарату ИВЛ и вызвав врачей-хирургов. Состояние девочки стабилизировалось, однако позже развились необратимые патологические процессы из-за непопадания воздуха в легкие, отчего пациентка скончалась. Установлено, что причиной наполнения организма воздухом стало то, что дыхательный контур, с помощью которого ребёнок был подключен к аппарату ИВЛ, был неправильно собран. Признав Идрисова (за бездействие), Григорянц и Кузнецову (за действия) виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, суд усмотрел «прямую причинно-следственную связь между действиями медсестры-анестезиста Кузнецовой Н. Н., технически неправильно собравшей дыхательный контур аппарата ИВЛ, действиями врача-анестезиолога-реаниматолога Григорьянц Д. Э., подключившей на Г. аппарат ИВЛ с неправильно собранным дыхательным контуром, бездействием врача-анестезиолога-реаниматолога Идрисова И. Д. и наступившей смертью малолетней Г.». Суд апелляционной инстанции, отвечая на доводы жалобы, дополнительно описал, что Идрисов как заведующий отделением должен был дать указания врачу Григорьянц обеспечить маршрутизацию тяжело больного, а самому, как врачу, не отлучаться от пациентки Г.[9].

В данном случае медсестра не была вправе собирать дыхательный контур, а врач, приняв решение о подключении аппарата ИВЛ к ребёнку, была обязана перепроверить сборку аппарата. В поведении последних наблюдается неосторожное сопричинение, поскольку именно совокупность их нарушений запустила юридически значимую причинную связь к последствию в виде смерти Г. Здесь имеет место и признак совместности «допреступного» поведения, и его субъективное отражение, признавае-

8 Курсаев А. В. Дифференциация уголовной ответственности за неосторожное сопричинение вреда : автореферат дис. . . . канд. юрид. наук. М., 2011. С. 9.

9 Постановление Ставропольского краевого суда от 15.06.2017 по делу №22-1738/2017 // URL: https://kraevoy--stv.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=31634616&case_uid=92ff5c1b-30f1-4374-a4b5-4dc0d74d319f&delo_id=4&new=4 (дата обращения: 14.05.2022).

мые ключевыми характеристиками неосторожного сопричинения[10]. Что касается заведующего отделением, то, представляется, что судом предъявлен чрезмерно высокий (неразумный) порог профессиональной осмотрительности для него, преступность бездействия в отношении Г. которого также исключается состоянием крайней необходимости.

Иное дело, когда содеянное каждым медицинским работником рассматривается обособленно с указанием на то, что дефекты оказания медицинской помощи каждым из медицинских работников способствовали наступлению последствий и самостоятельно состоят с ними в причинной связи. Например, дело невролога Широкого и терапевта Горлачёва, которые оказывали медицинскую помощь потерпевшей последовательно и независимо друг от друга, при этом каждый из которых имел возможность предотвратить смерть пострадавшей[11].

Примечательно, что в обоих случаях истечение срока давности привлечения к уголовной ответственности стало основанием освобождения медицинских работников от наказания и от ответственности, соответственно.

Можно наблюдать, что в первом случае действия медицинских работников фактически носили подстраховочный характер[12], то есть врач-анестезиолог обязан был перепроверить правильность подключения дыхательного контура за медсестрой, допустившей дефект. Во втором же случае поведение врачей имело параллельный характер, то есть действий каждого из них было достаточно для наступления смерти пациента и о совместном вкладе в преступный результат говорить не приходится.

Теория и практика разрешения аналогичных дел в рамках возложения гражданско-правовой (деликтной) ответственности знает институт солидаритета, предполагающий «наказание» пропорционально «вкладу» каждого из причинителей вреда[13]. Однако экстраполяция этого института на ответственность за неосторожное сопричинение имеет иные цели, отнюдь не состоящие в возмещении причиненного вреда. Наоборот, признаваемые в юридической литературе признаки неосторожного сопричинения требуют определенности в том, чем является такое стечение нескольких лиц — это больше сложное стечение нескольких лиц в совершении неосторожного преступления (скажем, аналог сложного соучастия) или же это форма совместности (аналог формы соучастия)? Представляется, что именно ответ на этот вопрос, выходящий за пределы настоящего исследования, позволит ответить на следующий вопрос: является ли неосторожное сопричинение отягчающим наказание или ответственность обстоятельством как форма соучастия применительно к умышленным преступлениям. Или же «уровень общественной опасности неосторожного преступления, совершенного несколькими лицами при сопричинении вреда, качественным образом не отличается от уровня общественной опасности единолично совершенного преступления»[14].

Таким образом, стечение нескольких медицинских работников в совершении ятрогенного преступления может образовывать как неосторожное сопричинение, так и совпадение действий. Одним из специальных критериев разграничения этих институтов применительно к ятрогенным преступлениям следует признать идентичность профиля (специализации) оказания медицинской помощи:

10 Мелешко Д. А. Неосторожное сопричинение вреда: гипотезы и реальность // Вестник Академии Генеральной прокуратуры Российской Федерации. 2015. №5 (49). С. 119.

11 См. Постановление Зиминского городского суда Иркутской области от 17.08.2016 г. по делу №1-198/2016...

12 Мелешко Д. А. Неосторожное сопричинение вреда: уголовно-правовые и процессуальные аспекты // Законность. 2016. №5. С. 48.

13 Тололаева Н. В. Пассивные солидарные обязательства (российский подход и континентально-европейская традиция) : дис. ... канд. юрид. наук. М., 2017.

14 См. Мелешко Д. А. Неосторожное сопричинение вреда: уголовно-правовые и процессуальные аспекты...

если ятрогенное преступление совершено при стечении нескольких медицинских работников одного профиля оказания медицинской помощи (например, два врача-хирурга или врач-анестезиолог и сестра-анестезист), совместно способствовавших наступлению общественно опасного последствия, то имеет место неосторожное сопричинение в ятрогенном преступлении.

Об авторе:

Радов Владислав Владимирович — аспирант Московского государственного юридического университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА), Москва, vv-radov@mail.ru

Vladislav Vladimirovich Radov — postgraduate student of the Kutafin Moscow State Law University (MSAL), Moscow

© Радов В. В., 2023

Для цитирования:

Радов В. В. Неосторожное сопричинение в ятрогенных преступлениях // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4. С. 83-87.

For citation:

Radov V. V. Negligent co-incidence in iatrogenic crimes // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 83-87.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 28.08.2023 г.

Шмарева Т. А., Глухова Л. С.

О ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВЕ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Статья посвящена практическим проблемам, связанным с представительством интересов пациента при оказании медицинских услуг. Представительство возможно в силу закона или по соглашению сторон (на основании доверенности), оно имеет свою специфику при оказании медицинских услуг, т.к. в этом случае помимо стандартных действий, связанных с заключением соответствующего договора, необходимо получить информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство. Авторы выявляют проблемы, большая их часть касается оказания медицинских услуг несовершеннолетним гражданам, предлагают пути их решения и приглашают специалистов в соответствующей области к дальнейшей дискуссии по вопросам, указанным в статье.

Ключевые слова: *представительство интересов, пациент, медицинские услуги*

Tatiana Shmareva, Lyubov Glukhova

ON THE REPRESENTATION OF THE PATIENT'S INTERESTS IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES

The article is devoted to practical problems related to the representation of the patient's interests in the provision of medical services. Representation is possible by law or by agreement of the parties (on the basis of a power of attorney), it has its own specifics in the provision of medical services, because in this case, in addition to standard actions related to the conclusion of the relevant contract, it is necessary to obtain informed voluntary consent of the patient for medical intervention. The authors identify problems, most of them relate to the provision of medical services to minors, suggest ways to solve them and invite specialists in the relevant field to further discussion on the issues indicated in the article.

Keywords: *representation of the patient's interests, medical services*

Право на оказание качественной медицинской помощи каждому гражданину Российской Федерации гарантировано Конституцией РФ[1]. Принципы охраны здоровья и приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи закреплены федеральным законодательством. С целью соблюдения прав и законных интересов пациента нередко приходится обращаться к вопросу представительства пациента.

Представительство возможно в силу закона или в силу доверенности. Законными представителями несовершеннолетних являются родители и лица, их заменяющие (опекуны, попечители), ограниченно дееспособных — попечители, недееспособных — опекуны и т. д. Их полномочия определены законом (Гражданский кодекс РФ[2]) и подтверждаются соответствующими документами. Доверенность не требуется.

Представительство по доверенности регламентировано главой 10 ГК РФ.

1 Конституция Российской Федерации // URL: http://pravo. gov.ru, (дата обращения: 06.10.2022).

2 Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ // Российская газета, №238-239, 08.12.1994.

Представительство при оказании медицинских услуг имеет свою специфику. При оказании медицинской помощи возникает необходимость подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство, заключения договора на платные медицинские услуги, пациенту предоставляется право обозначить лицо (круг лиц), которым он разрешает разглашать сведения, составляющие медицинскую тайну.

Дееспособные гражданине, как правило, действуют в своих интересах самостоятельно. Но бывают и ситуации, когда дееспособный пациент выражает желание иметь представителя. Для обеспечения юридической безопасности медицинской организации необходимо фиксировать факт представительства в медицинской документации пациента. Желательно вложить в карту копию доверенности и копию паспорта представителя.

Следует помнить, что представитель, действующий на основании доверенности, имеет право выполнять только отдельные поручения пациента и не может принимать решения о согласии или отказе от медицинского вмешательства за самого пациента. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него, подписанные представителем, действующим на основании доверенности, не отражают волеизъявления пациента.

В интересах несовершеннолетних, ограниченно дееспособных и недееспособных при оказании им медицинской помощи обязаны действовать родители или их законные представители. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица (п. 5 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[3]).

Очень часто в практике возникают ситуации, когда на прием к врачу обращаются несовершеннолетние в сопровождении лица, которое не является законным представителем. Например, бабушка приводит внука или отчим приходит с неусыновленным ребёнком своей супруги от предыдущего брака. Перед началом лечения важно получить волеизъявление именно законного представителя.

Возможные варианты решения проблемы:

1. Лучше всего, если законный представитель подпишет добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (далее — ИДС) в присутствии медицинского работника на первом визите в клинику, либо заранее до начала лечения, когда вид оказания медицинской помощи известен, а на последующие визиты несовершеннолетний будет являться в сопровождении иного лица, указанного в ИДС.

2. Еще один допустимый вариант, когда сопровождающий представит нотариально заверенную доверенность, где будет указано право сопровождающего на дачу ИДС на медицинское вмешательство.

3. С внедрением в практику информационных технологий возможно подписание родителем или иным законным представителем ИДС дистанционно через ЕСИА (Единая система идентификации и аутентификации).

4. Если не планируется иных видов вмешательства, кроме тех, что входят в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. №390н[4], достаточно ИДС подписать однажды на первом визите.

5. Право ознакомиться с медицинской документацией родитель или законный

3 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета, №263, 23.11.2011.

4 Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» // Российская газета», №109, 16.05.2012.

представитель может предоставить иным лицам в ИДС на медицинское вмешательство или нотариально удостоверенной доверенности.

С 1 сентября 2023 года возможно дистанционное заключение и договора на платные медицинские услуги. Однако, надо помнить, что подписать ИДС несовершеннолетний может с 15 лет, но подписать договор на предоставление платных медицинских услуг с этого возраста самостоятельно он не может, только с согласия родителя или законного представителя (ст. 28 ГК РФ). Перед заключением такого договора надо оформить согласие родителей или законных представителей. Также, с 15 лет несовершеннолетние могут самостоятельно обращаться за медпомощью в системе обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы государственных гарантий. При этом родители могут знакомиться с любыми сведениями об их здоровье.

После смерти гражданина допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, супругу (супруге), близким родственникам (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам) либо иным лицам, указанным гражданином или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, по их запросу, если гражданин или его представитель не запретил их разглашение. На законодательном уровне пока не решен вопрос предоставления подобной информации иным лицам при отсутствии близких родственников у умершего пациента и в тех ситуациях, когда получение от пациента информированного согласия невозможно по ряду объективных и субъективных причин (отсутствие или спутанность сознания, тяжелое состояние пациента).

Таким образом, тема представительства интересов пациента постоянно присутствует в процессе оказания медицинской помощи, в процессе работы с жалобами и обращениями, в процессе оценке качества оказания медицинской помощи. Актуальны эти вопросы и при решении проблем после смерти пациента. Не все они урегулированы и разъяснены, и это обстоятельство требует совершенствования законодательной базы.

Об авторах:

Шмарева Татьяна Александровна — доцент кафедры гражданского права ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет», кандидат юридических наук, Ижевск, shmareva@inbox.ru

Глухова Любовь Сергеевна — заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ООО «Медицинский центр «Доктор Плюс», Ижевск, LFID@mail.ru

Tatiana Aleksandrovna Shmareva — Associate Professor of the Department of Civil Law of the Udmurt State University, Candidate of Law, Izhevsk

Lyubov Sergeevna Glukhova — Deputy Chief Physician for clinical and expert work of LLC «Doctor Plus Medical Center», Izhevsk

© Шмарева Т. А., Глухова Л. С., 2023

Для цитирования:

Шмарева Т. А., Глухова Л. С. О представительстве интересов пациента при оказании медицинских услуг // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 88-91.

For citation:

Shmareva T. A., Glukhova L. S. On the representation of the patient's interests in the provision of medical services // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 88-91.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 5.11.2023 г.

РАЗДЕЛ III.

ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ. ПРАВОВЫЕ, ЭТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Агапитова П. А., Тетерин А. В.

КОМПЕНСАЦИЯ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА КАК ФОРМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Статья посвящена вопросу компенсации морального вреда как формы ответственности медицинской организации за некачественно оказанную медицинскую услугу.

Проанализированы особенности причин возникновения физических и нравственных страданий пациентов, определяющих возможность взыскания компенсации морального вреда, обоснованные примерами правоприменительной практики.

Охарактеризована специфика наличия и доказывания вины медицинской организации, которая учитываются при рассмотрении указанных споров.

Кроме того, в работе рассмотрены проблемы определения размера компенсации, кратко перечислены обстоятельства, принимаемые во внимание судом при определении взыскиваемой суммы и оценке особенностей потерпевшего, представлена тенденция удовлетворения указанных исков за последние пять лет, сделаны выводы.

Ключевые слова: *моральный вред, здоровье, права пациента, ответственность, медицинская организация, качество, безопасность, врачебная тайна, медицинское право, вина*

Polina Agapitova, Alexander Teterin

COMPENSATION FOR MORAL DAMAGE AS A FORM OF RESPONSIBILITY OF A MEDICAL ORGANIZATION

The article is devoted to the issue of compensation for moral damage as a form of responsibility of a medical organization for poorly rendered medical services.

The features of the causes of physical and moral suffering of patients, determining the possibility of collecting compensation for moral harm, justified by examples of law enforcement practice, are analyzed.

The specifics of the presence and proof of guilt of a medical organization, which are taken into account when considering these disputes, are characterized.

In addition, the paper considers the problems of determining the amount of compensation, briefly lists the circumstances taken into account by the court when determining the amount to be recovered and assessing the characteristics of the victim, presents the trend of satisfying these claims over the past five years, and draws conclusions.

Keywords: *moral harm, health, patient's rights, responsibility, medical organization, quality, safety, medical secrecy, medical law, guilt*

Ухудшение состояния здоровья напрямую влияет на качество жизни человека, что может привести не только к имущественному ущербу, но и к физическим и нравственным страданиям как потребителя некачественной медицинской услуги, так и его близких, что называется в законодательстве моральным вредом и подразумевает переживания, боль, стресс, скорбь.

Причинами возникновения физических и нравственных страданий из-за некачественного оказания медицинских услуг могут быть различные обстоятельства, например, ухудшение здоровья, нарушение врачебной тайны, унижение человеческого достоинства пациента в результате поведения медицинских работников, смерть родственника и др.

Говоря об ухудшение здоровья в результате некачественной медицинской услуги как причины компенсации морального вреда, подчеркнем, что:

Во-первых, термин «здоровье» охватывает как физическое, социальное, так и душевное благополучие человека, которое определяется им индивидуально и из-за этого возникает много трудностей на практике.

Во-вторых, сложности могут возникнуть при определении того, что действительно является вредом здоровью и какой вред подлежит возмещению. Многие исследователи обращают внимание на то, что большое количество медицинских услуг зачастую предполагает телесные повреждения, например, возникновение побочных эффектов при назначении медикаментов или повреждение покровов кожи при постановке инъекций, но такой вред не подлежит возмещению, так как производится с согласия пациента[1].

Следует добавить, что несмотря на возникающие вопросы, правоприменитель при возмещении вреда за некачественное оказание медицинских услуг опирается на общие условия наступления гражданско-правовой ответственности за причиненный вред и на положения Закона РФ от 07.02.1992 №02300-1 «О защите прав потребителей».

В качестве примера можно привести спор, в котором врач некачественно осуществил косметологическую услугу, что привело к неизгладимому обезображиванию лица пациента. Истец требовал компенсации морального вреда в размере 1 000 000, но суд взыскал только 50 000 рублей[2].

Кроме того, нравственные страдания могут возникнуть у пациента в связи с разглашением врачебной тайны, то есть распространением сведений об обращении гражданина за медицинской помощью, состоянии здоровья и диагнозе. Как правило исковое заявление, содержащее требования компенсации морального вреда, причиненного разглашением указанных выше сведений, адресованы к медицинской организации.

Для примера рассмотрим материал гражданского дела по смыслу которого гражданин обратился в суд с исковыми требованиями о взыскании морального вреда солидарно с медицинской организации и врача данной организации, осуществляющего деятельность по трудовому договору, который допустил разглашение врачебной тайны, разместив сведения о состоянии здоровья истца в сети Интернет, на разглашение которых тот не давал разрешение[3].

Перечисленные выше основания компенсации морального вреда из-за некачественной медицинской услуги возмещаются исключительно потребителю, так как они неразрывно связаны с личностью, но нередко ошибки медицинских работников могут привести к смерти пациента, в таком случае родственники умершего вправе за-

1 Шевчук Е. П. Актуальные вопросы возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья гражданина при оказании медицинскх услуг [Электронный ресурс] / Е. П. Шевчук // ГлаголЪ правосудия. 2019. №3 (21). Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-vozmescheniya-vreda-prichinennogo-povrezhdeniem-zdorovya-grazhdanina-pri-okazanii-meditsinskh-uslug/viewer (дата обращения: 15.11.2023).

2 Решение Октябрьского районного суда города Мурманска от 11 декабря 2019 г. №2-5590/2019) // URL: https://sudact.ru/regular/doc/AVWFaRkhElmH/?ysclid=lpaovpkk75701342693 (дата обращения 15.11.2023).

3 Определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 21 апреля 2021 г. №ло №88-10175/2021 // URL: https://xn--90afdbaavobd1afy6eub5d.xn--p1ai/58418711?ysclid=lpa15sdj60568859695#decision (дата обращения 15.11.2023).

являть требования о компенсации в связи с их переживаниями из-за смерти близкого человека.

В качестве примера приведем спор, в котором истец обратилась в суд с иском к государственному учреждению здравоохранения о взыскании компенсации морального вреда, причиненного вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, повлекшей смерть отца, в результате чего истцу были причинены нравственные страдания, в связи с чем суд пришел к выводу о возложении на ответчика обязанности по возмещению истцу причиненного морального вреда[4].

Также в качестве примера можно привести спор 2022 года, в котором родители умершего при родах ребёнка обратились с иском о взыскании компенсации морального вреда каждому из родителей и в пользу двух несовершеннолетних сестёр умершего ребёнка к учреждению здравоохранения, где сотрудниками был допущен дефект оказания медицинской помощи матери ребёнка. Суд взыскал компенсацию морального вреда в пользу родителей и сестёр, учитывая фактические обстоятельства дела и особенности перенесенных каждым членом семьи страданий[5].

Перечисленные выше случаи составляют примеры прямой причинно-следственной связи между ошибками в оказании медицинской услуги и наступившими последствиями, но нередко возникают случаи косвенной причинно-следственной связи между оказанной процедурой и вредом для пациента.

Несмотря на то, что на законодательном уровне не предусмотрено разграничение причинно-следственной связи на прямую и связь, обусловленную косвенными условиями, в юридической практике такое разделение присутствует. Согласно теории прямых и косвенных связей юридическое значение приобретает такая связь, при которой следствие возникает непосредственно из действий (бездействия) причинителя вреда с учетом объективных закономерностей и в условиях, имеющих место до совершения действия.

При изменении причинителем вреда окружающей обстановки в виде отступления от обычных условий, способствующих наступлению вреда, устанавливается косвенная связь.

Например, в суд обратилась пациентка в связи с некачественным оказанием медицинской услуги. Ей была проведена ринопластика, после которой образовался остеомиелит костей носа. Согласно заключению эксперта, нарушение, вмененное ответчику, не находилось в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями. В результате была установлена косвенная связь, подтвержденная заключениями экспертов. В пользу истца были взысканы денежная компенсация морального вреда и стоимость оказанной медицинской услуги. Дефекты, допущенные при оказании медицинской услуги, были квалифицированы судом как «условия, которые стали причиной, не позволившей изменить характер течения патологического процесса»[6].

Рассмотренные выше примеры составляют нарушение прав потребителей, которые подлежат возмещению только при наличии вины причинителя вреда (за некоторым исключением).

4 Решение Дзержинского районного суда города Волгограда от 19 января 2023 г. по делу №2-246/2023 // URL: https://fbuz24.ru/Sections/reshenie-ot-19-yanvarya-2023-g-po-delu-n-2-246-2023-o-vzyskanii-kompensacii-moralnogo-vreda-prichinennogo-vsledstvie-nenadlezhashchego-okazaniya-medicinskoj-pomoshchi-povlekshej-smert?ysclid=lpa1f7bh8i18883033 (дата обращения 10.11.2023).

5 Решение Октябрьского районного суда г. Самары от 07.04.2022 по делу №2-1045/2022~М-138/2022 // URL: https://oktyabrsky--sam.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=10658554&case_uid=e1bfbc36-f69d-42fe-ae6f-0b306b2d6260&delo_id=1540005 (дата обращения 10.11.2023).

6 Фомина В. Г. Причинно-следственная связь в делах, связанных с возмещением вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинских услуг [Электронный ресурс] // Актуальные проблемы российского права. 2022. №12 (145) // URL: https://cyberleninka.ru/article/n/prichinno-sledstvennaya-svyaz-v-delah-svyazannyh-s-vozmescheniem-vreda-prichinennogo-nenadlezhaschim-okazaniem-meditsinskih-uslug?ysclid=lp9w70fzgb306278181 (дата обращения: 22.11.2023).

Вина лечебного учреждения является многоаспектной категорией, поскольку на качество оказания медицинской помощи могут воздействовать различные факторы, начиная с того, были ли медицинскими работниками предприняты все необходимые меры для обследования пациента, чтобы установить правильный диагноз, соответствовала ли организация обследованиям порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, вовремя ли была проведена необходимая диагностика, повлияли ли ошибки в оказании медицинской помощи на состояние здоровья гражданина.

Кроме того, качество услуги зависит от поведения пациента, так как для улучшения здоровья важна не только квалификация работника и соблюдение им клинических рекомендаций, но и соблюдение пациентом предписаний врача, что напрямую влияет на процесс выздоровления.

Еще одним условием возмещения морального вреда в сфере оказания медицинских услуг являются именно противоправные действия медицинских работников. Это важно, потому что, во-первых, заболевания и без медицинского вмешательства создают для человека неблагоприятную психологическую ситуацию, приводят к нравственным страданиям, во-вторых, люди по-разному могут воспринимать характер различных медицинских действий, поэтому даже базовая процедура может вызвать переживания пациента, что не дает ему право на возмещение морального вреда в случае правомерности действий врача.

При взыскании компенсации морального вреда на лечебное учреждение возложено не только бремя доказывания отсутствия вины в некачественном оказании медицинской помощи, но и бремя доказывания правомерности своих действий (бездействий), которые повлияли на результаты лечения[7].

Исключением является осуществление медицинской услуги с использованием источника повышенной опасности (объекта, обладающего вредоносными свойствами), например, лазерных аппаратов, источников электрической энергии, ядовитых лекарственных средств, компенсация морального вреда, причиненного при оказании таких медицинских услуг, осуществляется независимо от вины исполнителя, в силу ст. 1100 ГК РФ.

При решении споров о компенсации морального вреда встречается много трудностей, связанных не только с тем, чтобы доказать наличие и степень страданий или вину ответчика, но и с тем, чтобы справедливо определить размер компенсации, т. к. в законодательстве отсутствуют критерии его определения, величина минимального и максимального пределов, нет единого метода для оценки физических и нравственных страданий пациента, поэтому он, подавая исковое заявление, не может быть уверен в получении желаемой суммы.

Важно сказать, что, по мнению исследователей, суды в первую очередь учитывают степень страданий, которая напрямую зависит от блага, на которое совершено посягательство, которым в данном случае являются жизнь и здоровье человека.

Также на размер компенсации влияют: характер страданий, степень вины причинителя вреда, принимаются во внимание требования разумности и справедливости, что фактически определяется судом. Важно учитывать продолжительность страданий, наличие необратимых последствий, степень вины нарушителя и другие обстоятельства, заслуживающие внимания.

Судами принимаются во внимание тяжесть наступивших в результате действий (бездействия) причинителя вреда последствий (смерть близкого родственника, причинение вреда здоровью и степень его тяжести, психологическая травма, дискомфорт, расстройство здоровья), продолжительность и характер лечения, необходимость прохождения дополнительных обследований и медицинских манипуляций, ограничение подвижности и иные неудобства, претерпеваемые истцом.

Оценивая особенности потерпевшего суды принимают во внимание возраст, состояние физического и психологического здоровья, сложившиеся между сторонами

7 Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 №33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // Российская газета. №267. 25.11.2022.

отношения, предшествовавшие возникновению спора (совместное проживание, длительность конфликта).

В качестве примера, можно привести спор, в котором дочь и супруг погибшей в результате ненадлежащего исполнения своих обязанностей хирургом, обратились в суд с исковым заявлением к медицинской организации о взыскании компенсации морального вреда каждому. Решением суда по делу исковые требования были удовлетворены[8].

В части требований, заявленных супругом погибшей, судом учтена длительность семейной жизни, а также то, что погибшая при жизни оказывала супругу помощь, в том числе медицинского характера.

В части требований, заявленных дочерью, оценено то, что в летний период они с матерью всегда совместно отдыхали, поддерживали теплые отношения, постоянно связывались с помощью социальных сетей.

Если в отношении ухудшения здоровья или смерти родственника, суду понятно на что можно опираться, определяя размер выплаты, то в случае разглашения врачебной тайны данная процедура вызывает значительно больше вопросов. Большинство исследователей отмечает, что суд в этой ситуации будет учитывать фактические обстоятельства дела, глубину страданий пациента и то, как это отразилось на его психологическом самочувствии.

На наш взгляд, отсутствие общепринятых требований к размеру компенсации морального вреда оправдано, потому что перед судом стоит задача не допустить неосновательного обогащения истца и не поставить в тяжелое материальное положение ответчика. Цель компенсации морального вреда состоит в том, чтобы в определенной степени сгладить страдания потерпевшего, нанесенные некачественно оказанной медицинской услугой. Это должна быть такая сумма, которая бы позволила пациенту примириться с нарушением его прав.

При анализе судебной практики судов, отобранных методом простой случайной выборки за 2019-2023 г.г. по данной категории споров можно проследить тенденцию к удовлетворению исков о компенсации морального вреда, но в размере ниже заявленного.

Суды считают справедливой к взысканию за жизнь и здоровье человека суммы в среднем 500 и 150 тысяч рублей соответственно. Максимальные размеры компенсационных выплат в ряде случаев составляют до 1 миллиона рублей. Анализ судебной практики за указанный выше период показывает, что нематериальные блага крайне низко оцениваются в России.

Компенсация морального вреда как форма ответственности медицинской организации является многоаспектной категорией и может быть взыскана как в пользу потребителя, так и в пользу родственников в случае его смерти, зависит от фактических обстоятельств дела, особенностей пациента и усмотрения суда.

8 Решение Ломоносовского районного суда от 07 сентября 2020 г. по делу №2-2200/2020 // URL: https://xn--90afdbaav0bd1afy6eub5d.xn--p1ai/52425949?ysclid=lpa1w8zlus196020954 (дата обращения 10.11.2023).

Об авторах:

Агапитова Полина Александровна — студент 4 курса Высшей школы экономики, управления и права Северного (Арктического) Федерального Университета имени М. В. Ломоносова, Архангельск, p.olerinskaya@yandex.ru

Тетерин Александр Викторович — доцент кафедры гражданского и финансового права Северного (Арктического) Федерального Университета имени М. В. Ломоносова, кандидат юридических наук, доцент, Архангельск

Polina Alexandrovna Agapitova — 4th year student Higher School of Economics, Management and Law of the Northern (Arctic) Federal University named after M. V. Lomonosov, Arkhangelsk

Alexander Viktorovich Teterin — Associate Professor of the Department of Civil and Financial Law of the Northern (Arctic) Federal University named after M. V. Lomonosov, Candidate of Law, Associate Professor, Arkhangelsk

© Агапитова П. А., Тетерин А. В., 2023

Для цитирования:

Агапитова П. А., Тетерин А. В. Компенсация морального вреда как форма ответственности медицинской организации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 95-100.

For citation:

Agapitova P. A., Teterin A. V. Compensation for moral damage as a form of responsibility of a medical organization // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 95-100.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 30.11.2023 г.

Бородулин В. П., Бородулин Р. П., Чуйков О. Е.

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Медицинское законодательство и законодательство об общественном здравоохранении широко использовались в качестве инструментов охраны и укрепления здоровья, однако оба они ограничены по своему действию и охвату и недостаточно охватывают и не обеспечивают средства правовой защиты от систематических, а не эпизодических случаев жестокого обращения в системе здравоохранения. Целью данной статьи было изучение различных аспектов нарушения прав пациентов в системе здравоохранения. В этой статье анализируются права пациентов в отношении связанных с ними этических принципов с сопутствующими историческими перспективами. В ней также указаны законы или их отсутствие, которые затрагивают права пациентов.

Ключевые слова: *медицинское право, права человека, нарушение прав, уход за пациентами, ответственность, требования*

William Borodulin, Richard Borodulin, Oleg Chuikov

VIOLATION OF THE RIGHTS OF PATIENTS AND THE RESPONSIBILITY OF DOCTORS IN THE HEALTHCARE SYSTEM

Medical legislation and public health legislation have been widely used as tools for protecting and promoting health, but both are limited in their effect and scope and do not adequately cover and provide remedies against systematic, rather than episodic, cases of ill-treatment in the health system. The purpose of this article was to study various aspects of violation of patients' rights in the healthcare system. This article analyzes the rights of patients in relation to related ethical principles with accompanying historical perspectives. It also identifies laws, or lack thereof, that affect patients' rights.

Keywords: *medical law, human rights, violation of rights, human rights in patient care, responsibility, requirements*

Нарушение прав человека — это отказ в свободе мысли и передвижения, на которые все люди по закону имеют право [1].

Права человека обеспечивают универсальную основу для продвижения справедливости в области общественного здравоохранения, разрабатывая свободы и права, необходимые для реализации достоинства для всех. С развитием международного права, направленного на устранение угроз здоровью, основанный на правах подход трансформирует динамику власти, лежащую в основе общественного здравоохранения. В настоящее время считается, что законодательство в области прав человека занимает центральное место в политике, программах и практике общественного здравоохранения. За последние 70 лет неоднократно было доказано, что международные стандарты в области прав человека играют ключевую роль в общественном здравоохранении, формулируя проблемы здравоохранения в правовом контексте, интегрируя основные принципы в политические дебаты и облегчая подотчетность за достижение наивысшего достижимого уровня здоровья.

При разработке законодательства в области прав человека для укрепления общественного здравоохранения через Органи-

зацию Объединенных Наций в Уставе ВОЗ впервые было сформулировано, что «пользование наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека», позитивно определяя здоровье как «состояние полного физического, психическое и социальное благополучие, а не просто отсутствие болезней или немощи» [2]. Поскольку права человека создают более здоровый мир из пепла Второй мировой войны, страны приняли Всеобщую декларацию прав человека 1948 года, охватывающий в себе набор взаимосвязанных экономических и социальных прав, посредством которых: каждый человек имеет право на жизненный уровень, достаточный для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи, включая питание, одежду, жилье, медицинское обслуживание и необходимые социальные услуги, а также право на безопасность в случае безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, старость или иное отсутствие средств к существованию по независящим от него обстоятельствам. Учитывая резкое развитие этих прав человека, связанных со здоровьем, система защиты прав человека в настоящее время перешла от разработки прав человека в соответствии с международным правом к осуществлению этих прав посредством национального управления [8].

Практическая реализация этих стандартов в области прав человека обеспечила нормативную ясность в политике общественного здравоохранения и юридическую ответственность за результаты в области общественного здравоохранения. Обратив вспять политическое пренебрежение правами человека во время холодной войны и сделав политический акцент на медицинском обслуживании в рамках ВОЗ, глобальные ответные меры на СПИД в 1980-х годах прояснили неразрывные связи между правами человека и общественным здравоохранением, поскольку ученые и правозащитники уделяли особое внимание правам человека при разработке мер профилактики ВИЧ, ухода за больными и поддержки. Сосредоточив внимание на индивидуальных и структурных факторах, лежащих в основе передачи ВИЧ, люди потребовали принятия мер общественного здравоохранения, признающих неотъемлемое достоинство людей, живущих с ВИЧ, важность защиты прав человека для укрепления общественного здравоохранения и породивших движение «здоровье и права человека». Эти рамки прав человека, которые требовали свободы действий, достоинства и доступа, с тех пор были расширены далеко за рамки мер по борьбе с ВИЧ/СПИД.

Медикаментозная терапия, по сути, всегда включает в себя определение соотношения риска и пользы. Обращаясь к исторической справке, советский контекст заключался в следующем: конфиденциальность, информированное согласие, эксперименты на животных, трансплантация органов и тканей, исследования в различных сферах для правильного понимания устройства мира и науки в целом.

Врачи всегда считались целителями и заботящимися о больных и немощных. В древних цивилизациях знахарю часто доверяли и уважали, а в некоторых культурах он даже считался священным. Медицинская сфера во время Второй мировой войны продемонстрировала вопиющее пренебрежение к здоровью и правам человека [2]. Некоторые не только злоупотребили доверием, оказанным им пациентами, но и совершили ужасные действия против человечности. Самая горькая правда заключается в том, что многим из этих врачей в конечном итоге удалось сбежать в такие страны, как Эквадор и Бразилия, в то время как пациенты были оставлены страдать. Врачи Третьего рейха проводили различные виды экспериментов над пациентами.

Для выполнения медицинской процедуры врач должен получить либо явное, либо подразумеваемое согласие [4]. Явное согласие — это когда пациент явно соглашается пройти определенное лечение. Это часто делается в письменной форме и демонстрирует, что пациент понимает возможные риски конкретного лечения и осложнения, которые могут возникнуть. С другой стороны, подразумеваемое согласие — это когда врач понимает, что пациент дал свое невысказанное согласие на получение опреде-

ленного лечения. Подразумеваемое согласие может принимать форму посещения кабинета врача, явки в больницу на операцию в согласованное время, заблаговременного голодания, следования инструкциям по предварительному лечению и т. д. Проблемы могут возникнуть, когда пациенты получают лечение, выходящее за рамки тех, на которые они согласились, или когда врач проводит согласованное лечение не на том участке тела. Врачи также могут нарушить согласие пациента, когда у них возникают осложнения, связанные с лечением, на которое они не дали согласия в своей форме согласия пациента, когда осложнения оказываются гораздо более вероятными, чем их заставили поверить или когда устное описание возможных осложнений врачом отличается от объяснения, содержащегося в заявлении пациента.

Если лечащий врач не смог должным образом идентифицировать или описать лечение и связанные с ним осложнения, или если он проводил процедуры, на которые пациент не был согласен, в результате он может понести серьезный личный, физический и финансовый ущерб. В таких случаях человек может подать заявление о врачебной халатности и привлечь своего врача к ответственности за последствия его неэтичного поведения [6]. Также врачи имеют некоторые требования. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации, либо в суд. Если пациент считает, что его права были нарушены или же если он считает, что получил некачественную медицинскую помощь — начать следует с обращения к адвокату или юристу. Лица, нарушившие права пациента, привлекаются к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, к материальной и гражданско-правовой ответственности [5]. Например, преступление, предусмотренное ст. 238 УК РФ, характеризуется двойной формой вины: умыслом в отношении оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, и неосторожностью по отношению к наступившим последствиям в виде смерти потерпевшего [3]. Кроме того, сокрытие жизненно важной информации об этиологии состояния здоровья пациента влияет на его способность принимать обоснованные решения о будущем лечении. В этом случае, если жена пациента не проинформирована о том, что его угнетение дыхания является результатом случайного чрезмерного приема лекарств, она может счесть, что его симптомы указывают на ухудшение его общего состояния здоровья, достаточно серьезное, чтобы сделать интенсивную терапию бесполезной, вопреки его явно выраженным пожеланиям. Лица, принимающие суррогатные решения, должны принимать решения на основе того, чего хотел бы пациент, если бы он или она были в состоянии принять решение, а не на основе того, что, по мнению суррогатной матери, отвечает наилучшим интересам пациента. Однако, если ей сообщат, что угнетение дыхания пациента вызвано лекарственными препаратами и обратимо, она может выбрать агрессивное лечение в отделении интенсивной терапии. Чтобы обеспечить преемственность, лечащий врач должен взять на себя инициативу в раскрытии информации семье пациента от имени учреждения. Врач должен заверить семью, что учреждение тщательно расследует причину нежелательного явления и предоставит дополнительную информацию.

Отдельные врачи и учреждения несут значительную ответственность при возникновении нежелательных явлений. Врачи должны сообщать о нежелательных явлениях своим пациентам и незамедлительно сообщать об этом в медицинские учреждения. Учреждения должны убедиться, что пациенты, пострадавшие в результате неблагоприятных событий, не сталкиваются с дополнительным финансовым бременем; провести анализ первопричин; и при необходимости разработать план действий. Если произошла фактическая ошибка, соответствующий врач или представитель учреждения должен извиниться перед

пациентом. Учреждениям также следует принять политику, поощряющую плавный переход к новым технологиям и способствующую коммуникации как ключу к повышению безопасности пациентов.

Медицинские записи пациента необходимы для предъявления им иска о возмещении ущерба в случае врачебной халатности [3]. Человек может увидеть разницу в состоянии здоровья до и после визита к врачу, просмотрев эти документы. Будут отображены в нем проблемы со здоровьем, лекарства и медицинские записи. Например, если врач знал, что у пациента аллергия на лекарство, часто используемое в хирургии, но предпочел проигнорировать эту информацию, он может быть привлечен к ответственности. Также в настоящее время существуют свидетели, которые могут подтвердить небрежность врача. Было бы лучше, если бы пациент точно рассказал, что произошло с его ранами. Потребуется свидетель-эксперт, поскольку врачебная халатность не может быть доказана без доказательств того, что лечащий врач оказал медицинскую помощь ниже приемлемого уровня. Свидетель-эксперт свидетельствует о том, что поведение врача представляло собой халатную и неразумную практику. Свидетели-эксперты должны иметь действующие лицензии в областях, аналогичных работе лечащего врача. В большинстве случаев никаких неблагоприятных исходов не будет, если только действия врача не будут настолько безответственными, что подвергнут риску других пациентов, или если врачу не предъявлялось много обвинений. Решение о том, оставлять ли врача в штате, будет приниматься медицинской практикой или больницей. Доктору могут быть предъявлены уголовные обвинения. Это случается нечасто и обычно возникает только тогда, когда врач проявляет чрезмерную халатность, находится под воздействием наркотиков или намеренно причиняет вред.

Таким образом, врач должен серьезно оценить любую опасность или угрозу, которую пациент представляет для конкретного человека. Наиболее очевидным признаком того, что пациент представляет такую опасность, является то, что пациент явно угрожает причинением вреда указанному лицу. При определенных обстоятельствах обязанность предупреждать возникнет даже в том случае, если пациент не сообщит врачу о намерении причинить вред конкретному лицу. Например, когда врачу становится известно, что неуравновешенный пациент с историей насилия по отношению к конкретному лицу приобрел оружие и начал преследовать этого человека, может возникнуть обязанность предупредить. Более того, когда врачу становится известно о продолжающемся насилии в прошлом, может возникнуть обязанность предупредить. Скорее, вопрос о том, следует ли раскрывать информацию о пациенте для защиты третьей стороны, является ситуационной оценкой, которая учитывает конкретного пациента, потенциальную жертву и исходящую опасность. Если врач действительно подозревает, что возникла обязанность предупредить, то он должен рассмотреть характер, формат и объем предупреждения. Например, в целях установления того, что предупреждение было вынесено, врачу следует рассмотреть возможность вынесения предупреждения в письменной форме или иным образом задокументировать предупреждение [7]. Если угроза неизбежна, у врача может не хватить времени на то, чтобы вынести предупреждение в письменной форме. В таких случаях врач, когда позволяет время, все равно должен письменно подтвердить, что предупреждение было сделано. В дополнение к документированию самого предупреждения, врачам следует также рассмотреть возможность документирования аргументации и логики при принятии решения о выдаче предупреждения. Более того, когда возникают сомнения относительно конкретного типа опасности, исходящей от пациента, врач не должен строить догадок или предлагать беспричинные предложения относительно того, как наилучшим образом предотвратить опасность. Наконец, врач не должен делать дихотомических прогнозов или прогнозов с процентной вероятностью относительно того, будет ли пациент действовать насильственно или нет.

Список литературы:

1. Платонова Н. И., Смышляев А. В., Мартиросян Т. Э. Нарушение прав пациентов при оказании им медицинской помощи и способы их урегулирования в Российской Федерации (теоретические основы и судебная практика) // Проблемы экономики и юридической практики. 2018. №6. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/narushenie-prav-patsientov-pri-okazanii-im-meditsinskoy-pomoschi-i-sposoby-ih-uregulirovaniya-v-rossiyskoy-federatsii-teoreticheskie (дата обращения: 18.10.2023).
2. Пищита А. Н. Реализация права пациентов на посещение их третьими лицами. Права, обязанности и ответственность сторон // Consilium Medicum. 2019. №6. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-prava-patsientov-na-poseschenie-ih-tretimi-litsami-prava-obyazannosti-i-otvetstvennost-storon (дата обращения: 18.10.2023).
3. Подборка наиболее важных документов по запросу Врачебная ошибка УК РФ. Консультант. Плюс [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/law/podborki/vrachebnaya_oshibka_uk_rf/ (дата обращения: 19.10.2023).
4. Гантамиров Т. Т. Конфиденциальность как принцип врачебной этики // Вестник Медицинского института. 2019. №2 (16). С. 116-122.
5. Пащенко П. С. Правовые проблемы врачебной тайны // E-Scio. 2020. №10 (49). С. 662-674.
6. Митрофанова М. А., Баев М. Ю., Дронова М. О. и др. Основные исторические этапы развития отношений между врачом и пациентом // Авиценна. 2019. №51. С. 32-34.
7. Чуйков О. Е. Политология. Учебно-методический комплекс. Курск, 2010.
8. Акопов Л. В. Права человека в XXI веке: к семидесятилетию провозглашения Всеобщей декларации ООН // Северо-Кавказский юридический вестник. 2018. №3. С. 9-15.

Об авторах:

Бородулин Вильям Павлович — студент 2 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, volga3288@gmail.com

Бородулин Ричард Павлович — студент 2 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, svet3639@gmail.com

Чуйков Олег Евгеньевич — старший преподаватель кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения ИНО Курского государственного медицинского университета, кандидат социологических наук, доцент, Курск, chuikov-ru@mail.ru

William Pavlovich Borodulin — 2nd year student of the Faculty of Medicine of Kursk State Medical University, Kursk

Richard Pavlovich Borodulin — 2nd year student of the Faculty of Medicine of Kursk State Medical University, Kursk

Oleg Evgenyevich Chuikov — Senior Lecturer at the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare in Kursk State Medical University, Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Kursk

© Бородулин В. П., Бородулин Р. П., Чуйков О. Е., 2023

Для цитирования:

Бородулин В. П., Бородулин Р. П., Чуйков О. Е. Нарушение прав пациентов и ответственность врачей в системе здравоохранения // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 101-106.

For citation:

Borodulin W. P., Borodulin R. P. Chuikov O. E. Violation of the rights of patients and the responsibility of doctors in the healthcare system // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 101-106.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 25.10.2023 г.

Груздов А. Ю., Симонян Р. З.

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

В Российской Федерации широко распространена практика по вызову участкового врача на место жительства пациента. Стандартно рабочий день участкового врача включает в себя сначала амбулаторный прием пациентов непосредственно в ЛПУ, а затем посещение пациентов, неспособных самостоятельно добраться до медицинского учреждения, на дому. Несмотря на очевидную практичность и удобство для пациентов, данный вид медицинской помощи не является удовлетворительным для самого участкового врача. Ему необходимо из своего места работы передвигаться в другие, посещая сразу несколько адресов. К тому же, практика последних лет доказывает, что участковый врач может подвергаться опасности во время своей работы, в том числе и от самого пациента, при этом не имея какой-либо законодательной защиты.

Ключевые слова: *участковый врач, оказание медицинской помощи на дому, безопасность медицинских работников*

Alexander Gruzdov, Rimma Simonyan

THE PROBLEM OF ENSURING THE SAFETY OF A DOCTOR WHEN PROVIDING MEDICAL CARE AT HOME

In the Russian Federation the practice of calling a district doctor to the patient's place of living is widespread. Usually, the day of a district doctor consists of two parts: the outpatient admission of patients directly to a health facility and the visiting of patients, who are unable to get to a medical facility on their own, at home. Despite the obvious practicality and convenience for patients, this type of medical care is not satisfactory for the district doctor themself. They need to move from their place of work to others, visiting several addresses at once. In addition, the practice of recent years proves that a district doctor may be in danger during their work, including the danger from the patient themselves, while not having any legislative protection.

Keywords: *district doctor, provision of medical care at home, the safety of medical workers*

В августе 2022 года на всю Россию прогремело убийство молодой девушки — Елены Федоровой, участкового терапевта, которая приехала на вызов к пациенту. Тело врача нашли на лестничной площадке, убийца нанес ей 49 ножевых ранений. Погибшей было 25 лет. Было возбуждено уголовное дело, установлена личность подозреваемого. Убийца врача был признан невменяемым. Ему было назначено принудительное лечение в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением[1]. Случившаяся трагедия обнажила проблему — медицинские работники никак не защищены на работе. Если сотрудники скорой медицинской помощи еще пребывают на вызов вдвоем, то терапевты и педиатры ходят одни, не имея какой-либо физической защиты.

В сентябре 2023 года в селе Кривошеино Томской области ранее судимый Андрей Вайткович убил местного фельдшера — 61-летнюю Ольгу Земляницкую, пришедшую ночью на вызов к пациенту. Обвиняемый утверждает, что одной из причин конфликта стало то, что фельдшер слишком долго шла (по его показаниям, медика ждали около получаса). Тело Ольги Земляницкой нашли

1 Сальников Н. Ни с кем не общается и страдает шизофренией: что известно об убийце врача-терапевта 28-летнем Денисе // Комсомольская правда, 2022. URL: https://www.orenburg.kp.ru/daily/27488.5/4697565/ (дата обращения: 12.11.2023).

вечером 25 сентября в лесу недалеко от села Иштан. Возбуждено уголовное дело, прошло следствие. Убитая женщина-фельдшер была единственным медиком в селе. Она отлично знала свою работу и до последней минуты оставалась верна своей профессии[2]. И врачебное сообщество, и пациенты в целом сходятся во мнении, что такие убийства необходимо приравнивать к убийствам полицейских «при исполнении», ведь врач исполняет свои обязанности.

Помимо очевидных законодательных проблем, работа участкового врача также обладает недостатком в виде затрат времени[3]. Врач-терапевт после работы в ЛПУ вынужден посещать сразу несколько адресов, проводить консультации с пациентами, пытаясь им в доступной форме объяснить диагноз и тактику лечения. Участковый врач тратит на каждого человека разное количество времени и сил, при этом не имея права отказаться от вызова. По данной причине среди работников здравоохранения складывается неоднозначное мнение о надобности участкового врача в современной медицине[4].

Целью реализуемого исследования является анализ проблемы безопасности врача при оказании медицинской помощи на дому, а также выяснить мнение будущих работников здравоохранения о практике вызова участковых врачей на дом. Материалами исследования являются федеральные приказы и законы, результаты анонимного анкетирования 391 студента Курского государственного медицинского университета (КГМУ) преимущественно факультета лечебного дела, разных курсов обучения.

Приказ Минтруда России от 18.12.2020 №928н «Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях» касается только скорой помощи. В вопросах безопасности при оказании медицинской помощи на дому по вызову его положения юридически не работают. То есть законодатель уделил внимание безопасности врачей скорой медицинской помощи и никак не регламентирует безопасность других медицинских работников, которые оказывают медицинскую помощь на дому[5]. Никак не регламентирует вопросы безопасности медработников при оказании медицинской помощи и №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[6].

Правила поведения пациентов при оказании медицинской также отсутствуют. В п. 42 приказа №928н говорится о том, что что при угрозе нападения или проявлении агрессии со стороны пациента либо его окружения медик должен незамедлительно сообщить об этом в полицию. До прибытия полиции, в соответствии с приказом №928н, медработнику предписано «находиться вне зоны опасности». Дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется только после обеспечения полицией безопасных условий для доступа к пациенту и его осмотра. Однако от агрессии и насилия со стороны пациента этот приказ не спасает, из-за чего в итоге, оказывая медицинскую помощь на дому и сталкиваясь с неадекватным пациентом, врачи вынуждены «ориентироваться по ситуации»[7]. Таким образом, медицинский работник остается уязвимым, так как в первую очередь должен думать о пациенте, а не о собственной безопасности. Единственным законным

2 «До последней минуты оставалась верна клятве Гиппократа»: минздрав о зверском убийстве фельдшера в сибирском селе // NGS.ru Новосибирск Онлайн, 2023. URL: https://ngs.ru/text/criminal/2023/09/26/72747224/?ysclid=lov6eozu9a107935362 (дата обращения: 12.11.2023).

3 Люцко В. В. и др. Затраты рабочего времени врачей-терапевтов участковых при посещении одним пациентом // Терапевтический архив. 2019. Т. 91. №1. С. 19-23.

4 Решетников А. В., Айвазян Ш. Г., Присяжная Н. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. №2 (156). С. 331-346.

5 Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 декабря 2020 г. №928н «Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях» // URL: http://publication. pravo.gov.ru/Document/View/0001202012300164?ysclid=lovbz1tzwi342800894 (дата обращения: 12.11.2023).

6 Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=lovcib204e63467816 (дата обращения: 12.11.2023).

7 См. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 декабря 2020 г. №928н...

условием, чтобы принять меры по самообороне и прекратить оказывать медицинскую помощь, является проявление со стороны пациента или его окружения насилия или угрозы его применения. Если пациент только оскорбляет врача, но насилие не применяет, медицинский работник вынужден продолжать оказывать помощь.

В рамках исследования данной проблемы был проведен опрос среди студентов образовательной организации высшего медицинского образования ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» на платформе «Яндекс.Формы». Преимущественно в нем приняли участие представители второго и третьего года обучения, также среди респондентов были представители и старших курсов (4, 5 и 6 курсы).

Перед ключевыми вопросами у студентов-медиков выяснялось их знание условий оказания медицинской помощи. Исходя из №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», данных условий четыре: амбулаторно, стационарно, в дневном стационаре и вне медицинской организации. Один респондент мог выбрать сразу несколько вариантов, потому среди анкетируемых было следующее распределение: в подробностях студенты-медики преимущественно ознакомлены с амбулаторными условиями оказания медицинской помощи (347 человек). Меньше ознакомлены со стационарными (320 человек) и дневными стационарными (306 человек) условиями. Наконец, меньше всего студенты-медики знают оказание медицинской помощи вне медицинской организации (268 человек).

Отвечая на следующий вопрос «С какими видами осмотра у врача Вы ознакомлены?», респонденты также могли выбирать несколько вариантов ответов. Преимущественно был выбран ответ: «В рамках амбулатории (поликлиника)», меньше ответов — «В рамках стационара» (322 человек), самое же низкое значение было у варианта «В рамках приема на дому (участковые врачи)» (316 человек). Следовавший затем вопрос о том, как студенты-медики относятся к практике вызова врача на дом (с выбором одного варианта ответа), больше половины (68,5%) ответили, что она действительно нужна населению. Примерно четверть (26,1%) выступила против данной практики. Оставшаяся часть респондентов (5,4%) дала собственные варианты ответов, характеризуя относительность подобного вида оказания медицинской помощи. По мнению данных студентов, участкового врача можно вызывать, но лишь в том случае, если пациент неспособен добраться до медицинской организации по состоянию здоровью, а также для предотвращения распространения инфекционных заболеваний.

Когда-либо приходилось вызывать участкового врача 72,4% респондентов, 27,6% никогда не пользовались данной возможностью. Анкетируемым студентам-медикам, что пользовалась оказанием медицинской помощью на дому, был задан вопрос: «Как часто Вы вызываете участкового врача на дом?». Преимущественно (195 человек) студенты выбрали вариант «Реже 1 раза в год». Другие варианты: «1 раз в год» (48 человек), «1 раз в полгода» (29 человек), «Больше 1 раза в месяц» (6 человек), «1 раз в месяц» (3 человека). У всех анкетируемых, что когда-либо вызывали врача на дом, также спрашивалось, на сколько бы баллов от 1 до 10 они оценили качество медицинской помощи со стороны участкового врача. Распределение по баллам было следующим: 1 — 1,6%, 2 — 0,3%, 3 — 3,0%, 4 — 3,6%, 5 — 12,5%, 6 — 10,2%, 7 — 20,0%, 8 — 22,0%, 9 — 8,9%, 10 — 18,0%.

На вопрос юридического характера: «По вашему мнению, вызов участкового врача на дом в Российской Федерации регламентируется законодательно?» — абсолютное большинство респондентов (66,8%) выбрало вариант «Да, в №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Прочие варианты — «Да, в приказе Министерства здравоохранения РФ» (14,3%), «Да, в Конституции Российской Федерации» (3,1%) и, наконец, «Нет, вызов врача на дом никак не регламентируется законодательно», выбрали 15,9% студентов-медиков. Несмотря на наличие общих положений, регламентирующих работу врачей всех специальностей в Российской Федерации, включая участкового врача, во всех трех перечисленных документах, до сегодняшнего времени не закреплена в ка-

ком-либо виде норма, регулирующая оказание медицинской помощи на дому.

На вопрос о том, хотели бы студенты-медики стать в будущем участковыми врачами и оказывать помощь пациентам на дому, подавляющее большинство респондентов ответили отрицательно («Нет, не хотел(а) бы» — 73,7%, «Да, хотел(а) бы» — 7,7%). Были и отвечающие (18,7%), выбравшие варианты «Затрудняюсь ответить». Следующий вопрос: «По Вашему мнению, участковый врач подвергается опасности чаще врачей, работающих в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ)?» — по процентам преимущественно содержал в себе ответ «Да» (86,2%). Прочие варианты: «Затрудняюсь ответить» (7,2%), «Нет» (6,6%). У анкетируемых, выбравших вариант «Да», спрашивалось, какие именно факторы представляют опасность для участкового врача за пределами медицинской организации. При выборе нескольких вариантов респонденты преимущественно сошлись на том, что основная опасность — риск нападения со стороны пациента на дому, где участковый врач оказывает медицинскую помощь (323 человека). Также был отмечен риск нападения со стороны криминальных элементов за пределами ЛПУ и места жительства пациента (280 человек), риск попадания в дорожно-транспортное происшествие (218 человек) и меньше всего — нанесение вреда здоровью из-за неблагоприятных условий внешней среды, то есть погоды (205 человек).

О возможности пациентом ограбить участкового врача во время приема на дому вариант «Да» выбрали 82,1% респондентов, вариант «Нет» — 5,6%, вариант «Затрудняюсь ответить» — 12,3%. Вопрос о том, может ли пациент убить участкового врача во время приемов на дому, также был отвечен преимущественно вариантом «Да» (86,7%). Прочие варианты: «Затрудняюсь ответить» — 8,7%, «Нет» — 4,6%. На вопрос: «Знаете ли Вы случаи, когда врач, которого вызвали на дом, подвергался насилию/смерти?» многие анкетируемые ответили: «Читал в СМИ» (52,0%). Также были варианты «Слышал о таких случаях от знакомых» (22,1%), «Такой случай был с моим знакомым врачом» (4,6%). Отрицательно ответило 18,7% студентов-медиков, а 2,6% дали свои собственные варианты того, откуда они слышали о случаях насилия или смерти по отношению к участковому врачу. Отмечалась роль телевизионных СМИ, а также преподавателей вуза, рассказывавших о случаях нападения на медицинских работников при посещении ими пациентов на дому.

На заключительный вопрос: «По вашему мнению, прием участкового врача на дому является активно обсуждаемой проблемой в здравоохранении Российской Федерации?», почти треть «(32,2%) выбрала вариант «Скорее да, чем нет», еще треть (31,7%) — «Определенно, да». Другие ответы: «Скорее нет, чем да» (18,9%), «Определенно, нет» (3,3%), «Затрудняюсь ответить» (13,8%).

Проведенное исследование говорит об осведомленности студентов-медиков относительно условий оказания медицинской помощи и видов осмотра у врача. Будущие работники здравоохранения преимущественно считают практику вызова врача на дом нужной для населения. Многие из них хотя бы раз в жизни прибегали к помощи участкового врача на их месте жительства, притом оценивая саму помощь на высоком уровне. Тем не менее, малый процент респондентов знает, что данная практика в Российской Федерации пока что не имеет законодательной базы. К тому же, значительная часть студентов-медиков не рассматривает себя в будущем как участковых врачей, осматривающих пациентов на дому. Участники анкетирования отмечают, что участковый врач подвергается опасности, когда посещает адреса пациентов, притом непосредственную опасность представляют сами пациенты, которые способны ограбить или даже убить медицинского работника. Почти все студенты-медики когда-либо слышали о случаях насилия или смерти участкового врача при посещении им пациента на дому, в основном из средств массовой информации. Наконец, по мнению будущих врачей, вопрос о посещении участковых врачей на дому является активно обсуждаемой проблемой в здравоохранении Российской Федерации.

Анализ доказывает, что несмотря на однозначную практичность вызова врача на дом, участковый врач является нежелан-

ной профессиональной перспективой для нынешних студентов. В ней имеется большой риск нанесения вреда здоровью без какой-либо юридической защиты. Требуются изменения в законодательстве здравоохранения, которые регламентировали бы права и обязанности участковых врачей, а также закрепляли за ними социальные гарантии и физическую безопасность при вызове на дом. В базовом №323-ФЗ, к сожалению, вопросы безопасности врачей при оказании медицинской помощи не затронуты. Учитывая реалии системы здравоохранения в вопросе личной безопасности, медицинскому работнику приходится полагаться, прежде всего, на самого себя. Необходимо ужесточить наказание за нападение на медицинских работников, приравнять их к статусу военнослужащих, полицейских, пожарных, сотрудников Российской гвардии и ФСИН, в отношении которых действует особый порядок государственной защиты. Альтернативным вариантом является устранение самой системы вызова врача на дом, учитывая, что в некоторых странах такая практика действительно отсутствует. Пока что единственный способ для врача обезопасить себя при оказании помощи пациентам на дому, если пациент ведет себя агрессивно и неадекватно, это незамедлительно сообщить об этом в полицию. Однако, ожидая приезда сотрудников правоохранительных органов, врачу, который сталкивается с агрессивным пациентом, приходится полагаться только на себя.

Об авторах:

Груздов Александр Юрьевич — студент 3 курса факультета лечебного дела Курского государственного медицинского университета, Курск, alexander.gruzdov@inbox.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Alexander Yuryevich Gruzdov — 3rd year student of the Faculty of Medicine of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Груздов А. Ю., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Груздов А. Ю., Симонян Р. З. Проблема обеспечения безопасности врача при оказании медицинской помощи на дому // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 107-111.

For citation:

Gruzdov A. Yu., Simonyan R. Z. The problem of ensuring the safety of a doctor when providing medical care at home // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 107-111.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 19.11.2023 г.

Емельянов С. А., Симонян Р. З.

ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ФИНАНСОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Согласно официальным данным Федеральной службы государственной статистики, в 2022 году количество умерших от новообразований составило 281109, а число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, по причине злокачественных новообразований за тот же год выросло до 203 человек. Онкопатологии до сих пор занимают высокие позиции по заболеваемости во многих субъектах Российской Федерации, и, по ближайшим прогнозам, ситуация только усугубится. С каждым днем больные злокачественными новообразованиями сталкиваются с нехваткой жизненно необходимых лекарственных средств, большую часть из которых составляют зарубежные препараты. В связи с этим возникают правовые проблемы доступности лекарственного лечения и его финансирования.

Ключевые слова: *лекарственное обеспечение, онкологические пациенты, нормативно-правовые акты*

Sergey Emelyanov, Rimma Simonyan

LEGAL, ORGANIZATIONAL AND FINANCIAL PROBLEMS OF DRUG PROVISION FOR PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

According to official data of the Federal State Statistics Service, in 2022 the number of deaths from neoplasms amounted to 281109, and the number of people aged 18 years and older who were recognized as disabled for the first time due to malignant neoplasms increased to 203 people in the same year. Oncopathologies still occupy high positions in morbidity in many regions of the Russian Federation, and, according to the nearest forecasts, the situation will only worsen. Every day, patients with malignant neoplasms face a shortage of vital medicines, most of which are foreign drugs. In this regard, there are legal problems of the availability of drug treatment and its financing.

Keywords: *drug provision, oncological patients, regulatory legal acts*

Целью нашего исследования был анализ основных проблем лекарственного обеспечения пациентов, больных онкологическими заболеваниями с учетом правовых, организационных и финансовых аспектов.

Материалы и методы исследования. В качестве материалов исследования использовались нормативно-правовые акты, регулирующие оказание медицинской помощи онкологическим больным в РФ, данные о продажах противоопухолевых препаратов на российском фармацевтическом рынке от компании DSM-Group, перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения. Для подведения результатов исследования использовались аналитический, статистический и структурно-логический методы анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. В дополнение к высокоэффективным оперативным вмешательствам и химиотерапии, лекарственная терапия стала основным способом в лечении злокачественных

новообразований. В частности, наблюдается значительный рост с 249,18 тыс. до 394,45 тыс. пациентов, прошедших лекарственную терапию в период с 2016 по 2020 год [2].

При анализе продаж лекарственных средств на российском фармацевтическом рынке рейтинг АТС в 2022 году возглавила группа «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы», которая включает в себя дорогостоящие препараты. По сравнению с 2021 годом объем потребления вырос на +9%. При этом снизилась доля финансирования госпитальных закупок данной группы препаратов с 58 до 55% за счет смещения в сегмент региональной льготы [1].

Противоопухолевые средства и иммуномодуляторы составляют основную статью финансирования программы «Льготное лекарственное обеспечение». В 2022 году на их закупку было потрачено 45,4% от общего объема государственного финансирования. Данная группа препаратов является самой дорогой в ЛЛО. Средневзвешенная цена за упаковку составила 13 939,8 рублей. Относительно 2021 года затраты на закупку увеличились на 22,3%. Несмотря на это, объем закупленных упаковок сократился на 10,9%.

Средневзвешенная цена средств для онкологических больных остается достаточно высокой по сравнению с другими группами препаратов и составляет порядка 546 рублей.

Стоит отметить, что количество дженериков значительно увеличилось. Это ведет к постепенному переключению на более дешевые препараты с не всегда доказанной эффективностью. Для дженериков, как противоопухолевых средств, так и других групп ЛС, нет периодического обязательного контроля. Следствием этого может стать изменение изначально зарегистрированной химической формулы и количества действующего начала.

Переход на дженерики для онкологических больных является непростой задачей из-за двух основных факторов. Один из них, психологический, подразумевает под собой привыкание пациента к оригинальному препарату и трудностью отказа от него вследствие отсутствия доверия его копии. Позитивный настрой всегда был очень важен в онкологическом лечении. Если человек усомнится в действии проводимой терапии, выздоровление может наступить гораздо позже. Вторым фактором можно назвать физиологический, что ставит под сомнение эффективность аналога лекарственного средства при конкретном заболевании, пока больной не начнет применять его, и это не даст положительных результатов в лечении.

Финансовая составляющая онкологического лечения для многих пациентов остается одной из важнейших проблем. Не смотря на имеющиеся льготы и оплату препаратов по системе ОМС, некоторую часть расходов берет на себя сам больной. Разница в цене отдельных ЛС может быть существенной. Так к наиболее дорогостоящим относятся препараты из группы ингибиторов протеинкиназы, моноклональных антител, например, Варгатеф (ингибитор протеинкиназы) имеет предельную отпускную цену 1. 21 млн рублей, Газива (моноклональные антитела) — 220 тыс. рублей. Разница в стоимости может превышать сотни тысяч рублей даже тех ЛС, которые входят в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Тот факт, что их ценообразованием занимается Министерство здравоохранения Российской Федерации, никак не решает эту проблему, поскольку большая часть противоопухолевых средств находятся в ценовой категории выше 1000 рублей.

Помимо высокой стоимости и постепенной замены противоопухолевых препаратов дженериками, на сегодняшний день актуальной становится проблема доступности. Важным фактором выступает отсутствие в должной мере регламентации региональных перечней лекарственных средств для льготного обеспечения онкологических больных в амбулаторных условиях. Нормативно-правовая база не содержит обязательных правил их формирования. Единственный аспект законодательства затрагивает лишь тот факт, что региональные перечни должны быть не меньше того минимума, что формирует перечень ЖНВЛП.

В настоящее время перечень ЖНВЛП является базовым при формировании иных перечней (обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (ОНЛС), 12 высоко затратных нозологий (12 ВЗН), минимального ассортимента, обеспечения пациентов с ВИЧ-инфекцией и др.), инструментом регулирования цен [7].

Постоянный рост числа онкологических больных может привести к невыполнению задачи национального проекта «Здравоохранение», принятого с 2019 по 2024 года, по количеству случаев онкопатологии не превышающему 185 на 100 000 населения страны [4]. Это ведет к тому, что необходимо расширять перечень ЖНВЛП исходя из структуры заболеваемости конкретного региона. На практике реализация такого подхода фактически невыполнима из-за дыры в законодательстве, позволяющей субъектам РФ экономить. Зачастую не только урезается территориальный перечень до минимума ЖНВЛП, но и появляются трудности при получении препаратов, включенных в сам перечень ЖНВЛП. Это может быть связано с трудностями поставок зарубежных ЛС, к которым относятся кармустин, ралтитрексид, неларабин и некоторые другие противоопухолевые средства [5].

При расширении регионального перечня возникает новая проблема: сильное различие уровня лекарственного обеспечения в разных субъектах страны. Доступность инновационных лекарственных препаратов отличается и внутри одного региона. Удовлетворение потребности населения в данных средствах после их государственной регистрации требует длительного времени, что снижает эффективность их применения в практическом здравоохранении.

Еще одним важным аспектом является назначение препаратов на основе льготного перечня, а не клинических рекомендаций. Онкопациенты в некоторых случаях не получают нужной терапии, поскольку нет законодательных требований при формировании региональных списков ЛС. К тому же не разработаны клинические рекомендации, закрепляющие клинические симптомы и побочные проявления от проводимой терапии онкозаболевания, следовательно, не предусмотрены тарифы для покупки лекарственных препаратов в рамках обязательного медицинского страхования.

Проблема формирования региональных перечней решаема и описывается в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 13 февраля 2013 г. №66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана её реализации». Конкретно планируется проведение мероприятия по снижению межрегиональной дифференциации в лекарственном обеспечении отдельных категорий граждан, имеющих право на лекарственное обеспечение бесплатно или со скидкой, на основе установления единообразных подходов [3]. На данный момент подобная стратегия до сих пор не реализована.

Ввоз незарегистрированных лекарственных средств также становится важной проблемой онкобольных. Процедура ввоза таких препаратов сама по себе является достаточно сложной с правовой точки зрения. На первом этапе необходимо получение разрешения на соответствующее ЛС, что подразумевает под собой сбор необходимых документов, включающих заключение консилиума врачей клиники, копии паспорта или свидетельства о рождении, обращение Министерства здравоохранения субъекта РФ. Для их заверения необходимо самостоятельное приобретение компьютерной программы «КриптоПро» и «КриптоАРМ». На втором этапе проходит процедура ввоза противоопухолевого препарата курьерской службой и таможенным оформлением с предоставлением перечня документов. НДС, таможенная пошлина и таможенные платежи не взимаются. При этом необходимо оплатить услуги курьерской компании и брокерские услуги.

Региональный орган обязан обеспечить пациента препаратом, но возможны и отказы в связи с тем, что медицинская помощь должна оказываться по соответствующим стандартам, разрабатываемым на основе клинических рекомендаций согласно ст. 37 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан». Подобная прак-

тика судом должна расцениваться как противоречащей закону, поскольку ЛС может быть назначено врачебной комиссией, если у онкобольного есть медпоказания (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) [8].

Части онкопациентам нет возможности в предоставлении препаратов в назначенное время. До 1 сентября 2022 года действовала система отсроченного обслуживания рецептов согласно п. 12 Приказу Минздрава РФ от 24.11.2021 №1093н. Подобная процедура затрагивается в Приказе Министерства труда и социальной защиты РФ, Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2020 г. №929н/1345н «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан», но касается срока обслуживания рецептов, который составляет 30 дней. За это время пациент должен получить ЛС. Проблема в этом случае состоит в том, что такой порядок распространяется только на онкологических больных с инвалидностью, а другие категории онкопациентов не учитываются.

Для многих пациентов сложность представляет ежедневное посещение дневных стационаров для получения таблетированных препаратов. Перевод на амбулаторное лечение невозможно из-за вопросов финансирования. Получение противоопухолевых средств в дневном стационаре оплачивается по системе ОМС, которая налажена и обеспечена. Финансирование амбулаторного лекарственного обеспечения осуществляется из регионального бюджета, распределение которого не полностью покрывает лечение онкобольных.

Отдельно рассматривается вопрос сопроводительной терапии, что связано с отсутствием отдельных тарифов для такого вида лечения. На практике это решается проведением её клиникой себе в убыток или самостоятельной покупкой пациентами препаратов от тошноты или нейтропении.

В 2023 году ввели коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) по программе госгарантий. Он используется для оплаты сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями. Для круглосуточного стационара новый коэффициент составляет 0,63, а для дневного стационара почти в два раза больше — 1,20. Такая система увеличивает тариф и делает случай лечения «дороже».

Программа с КСЛП могла бы устранить некоторые проблемы лекарственного обеспечения онкологических больных, но они остаются нерешенными в связи с введением новых методических рекомендаций по оплате на 2023 год. В документе представлен перечень схем сопроводительной терапии, при которых применяется КСЛП, но отсутствуют ряд из них. Это все еще приводит к финансовой составляющей вопроса, которая решается за счет бюджета лечебного учреждения или самого пациента.

Онкопациенты сталкиваются с множеством причин отказа и неполучения необходимых лекарственных средств. К ним можно отнести несвоевременное формирование заявок на поставку препаратов. Некомпетентность региональных органов здравоохранения, занимающихся рассмотрением этих вопросов, может привести к наступлению осложнений и летальности отдельных пациентов, которым необходим длительный курс противоопухолевого лечения.

В некоторых случаях помочь больному возможно с помощью препаратов, применяемых не по инструкции (офф-лейбл). Правомерность применения таких средств требует законодательного рассмотрения. Региональные органы здравоохранения не обладают возможностью вторгаться в обсуждение целесообразности назначения подобных препаратов, в случае, если имеется заключение врачебной комиссии. Но проблема связана с невозможностью назначения лекарств офф-лейбл онкологическим пациентам старше 18 лет.

Нормативно-правовая база, касающаяся препаратов офф-лейбл включает только некоторых клинические рекомендации и ст. 1 п. 4 Федерального закона от 30.12.2021 №482-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», по

которому несовершеннолетним при оказании медицинской помощи могут быть назначены лекарственные препараты, применяемые в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению [9]. Родителей ребёнка предупреждают о безопасности назначаемого ЛС, ожидаемой эффективности, степени риска и возможных побочных эффектов.

Законодательно назначение противоопухолевых препаратов офф-лейбл онкопациентам почти никак не затрагивается, что может приводить к отказам врачебной комиссии прописывать применение ЛС не по инструкции. Статус клинических рекомендаций касательно этого до сих пор официально не регламентирован. В таком случае риски применения препаратов офф-лейбл берут на себя врачи пациента и медицинские организации. Даже полный переход на клинические рекомендации не дает гарантий, что само понятие «офф-лейбл» приобретет правовой статус.

Близкая к препаратам офф-лейбл тема является перепрофилирование лекарственных средств. Такой метод резко возрос за последние 10-15 лет. Но лишь некоторые ЛС были одобрены при использовании для терапии онкологических заболеваний. Использование в разработках противоопухолевых препаратов молекул с уже известным молекулярно-биологическим профилем активности во многом упрощает задачу исследователей, но не решает полностью проблему увеличения эффективности и снижения стоимость химиотерапии онкологических заболеваний [6].

Все проблемы, связанные с обеспечением онкопациентов противоопухолевыми препаратами, влияет на работу онкологической службы. Неравномерная доступность для всех граждан страны медицинской помощи увеличивает одногодичную летальность, а также в целом негативно влияет на показатели смертности от злокачественных новообразований. К тому же показатели работы онкослужбы отличаются внутри одного региона, что не позволяет проводить эффективное медикаментозное лечение всем группам населения.

Решение изложенных проблем может помочь больным с онкологическими заболеваниями при назначении и покупке противоопухолевых препаратов. Для этого необходимо провести следующие меры:

1. Постепенный переход от дженериков к оригинальным препаратам с соответствующим замещением их доли на российском фармацевтическом рынке.

2. Изменение политики ценообразования ЖНВЛП Министерством Здравоохранения Российской Федерации с доведением средневзвешенной стоимости лекарственных средств для онкобольных ниже 500 рублей.

3. Подготовка нормативно-правовой базы по регламентации региональных перечней лекарственных средств для льготного обеспечения онкологических больных в амбулаторных условиях с целью расширения списка соответствующих препаратов.

4. Разработка клинических рекомендаций, закрепляющих клинические симптомы и побочные проявления от проводимой терапии онкозаболевания, для формирования тарифов на покупки лекарственных препаратов в рамках обязательного медицинского страхования.

5. Расширение перечня ЖНВЛП исходя из структуры заболеваемости конкретного региона для устранения неравномерной доступности препаратов в разных субъектах РФ.

6. Государственная помощь с ввозом незарегистрированных лекарственных средств, назначенных врачебной комиссией онкопациентам.

7. Возвращение в Приказ Минздрава РФ от 24.11.2021 №1093н пункта, касающегося системы отсроченного обслуживания рецептов.

8. Увеличить финансирование амбулаторного лекарственного обеспечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

9. Расширение перечня схем сопроводительной терапии онкологических больных по программе госгарантий с КСЛП.

10. Внедрение в правовую практику понятие «офф-лейбл» с подготовкой соответствующей нормативно-правовой базы.

Подводя итог, можно говорить о том, что рассмотренная проблема лекарственного обеспечения пациентов, больных онкологическими заболеваниями, является многогранной и затрагивает правовые, организационные и финансовые аспекты. В ходе проведенного анализа были предложены способы решения данной проблемы. Основой помощи онкопациентам является подготовка соответствующей нормативно-правовой базы с введением клинических рекомендаций, включающих сопроводительную терапию и использование препаратов офф-лейбл. Также, важно увеличить перечень ЖНВЛП и пересмотреть политику их ценообразования.

Список литературы:

1. Исследования фармацевтического рынка // DSM Group URL: https://dsm.ru/ (дата обращения: 27.10.2023).
2. Палагина А. А. Анализ российского рынка противоопухолевых цитостатических лекарственных препаратов // Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. Белгород: ООО Агентство перспективных научных исследований (АПНИ), 2023. С. 21-28.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 февраля 2013 г. №66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана её реализации» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217532/ (дата обращения: 02.11.2023).
4. Протокол от 24 декабря 2018 г. №16. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам) // URL: https://base.garant.ru/72185920/ (дата обращения: 30.10.2023).
5. Распоряжение Правительства РФ от 12 октября 2019 г. №2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_335635/ (дата обращения: 30.10.2023).
6. Савинкова А. В., Жидкова Е. М., Тилова Л. Р. и др. Варианты и перспективы перепрофилирования лекарственных препаратов для использования в терапии онкологических заболеваний // Сибирский онкологический журнал. 2018. №17. С. 77-87.
7. Самощенкова И. Ф., Гаранкина Р. Ю., Бобкова Е. А., Омельченко А. А. Анализ экономической доступности ассортимента ограничительных перечней лекарственных препаратов, применяемых для лечения заболеваний класса «Новообразования» // Вестник Северо-восточного федерального университета имени М. К. Аммосова. 2022. №1. С. 75-85.
8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: https://base.garant.ru/12191967/ (дата обращения: 03.11.2023).
9. Федеральный закон от 30 декабря 2021 г. №482-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_405472/ (дата обращения: 06.11.2023).

Об авторах:

Емельянов Сергей Алексеевич — студент 6 курса медико-профилактического факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, emelyanov.sereja2014@yandex.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Sergey Alekseevich Emelyanov — 6th year student of the Faculty of Medicine and Prevention of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Емельянов С. А., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Емельянов С. А., Симонян Р. З. Правовые, организационные и финансовые проблемы лекарственного обеспечения пациентов, больных онкологическими заболеваниями // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 112-118.

For citation:

Emelyanov S. A., Simonyan R. Z. Legal, organizational and financial problems of drug provision for patients with oncological diseases // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 112-118.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 19.11.2023 г.

Макарцева К. П., Симонян Р. З.

ПРОБЛЕМА РОСТА ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ НА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Система здравоохранения является неотъемлемой частью каждого человека в его жизни. Все люди, так или иначе, обращаются за помощью в медицинские организации. К сожалению, в настоящее время очень распространена проблема конфликтных ситуаций между врачами и пациентами и, вследствие чего, участились случаи судебных процессов, где в качестве ответчика выступают медицинские работники. На данный момент внесудебное решение конфликтов между врачами и пациентами заключается в изучении претензий пациентов к работе медицинских работников и медицинский учреждений, анализ жалоб пациентов в органы управления. Зачастую жалобы пациентов возникают не из-за качества оказания медицинских услуг, а из-за плохого отношения врача к пациенту или из-за несоблюдения этики.

Ключевые слова: *жалобы пациентов, права пациентов, медицинские услуги, конфликты*

Karina Makartseva, Rimma Simonyan

THE PROBLEM OF THE GROWTH OF PATIENT COMPLAINTS AGAINST MEDICAL WORKERS

The healthcare system is an integral part of every person's life. All people, one way or another, seek help from medical organizations. Unfortunately, at present the problem of conflict situations between doctors and patients is very common and, as a result, cases of lawsuits where medical workers act as a defendant have become more frequent. At the moment, the out-of-court resolution of conflicts between doctors and patients consists in studying patients' claims to the work of medical workers and medical institutions, analyzing patients' complaints to management bodies. Often patients' complaints arise not because of the quality of medical services, but because of the doctor's poor attitude to the patient or because of non-compliance with ethics.

Keywords: *patient complaints, patient rights, medical services, conflicts*

В настоящее время проблема роста жалоб пациентов на медицинский персонал является актуальной. Чаще всего причина жалоб связана из-за несоблюдения врачебной этики. Причем данный факт нельзя объяснить уровнем заработной платы медицинских работников, так как такие ситуации происходят как в государственных, так и в частных учреждениях.

Качество оказанной медицинской помощи оценивается при осуществлении всех видов контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Экспертиза качества медицинской помощи, в том числе оценки своевременности её оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Здравоохранение России является ведущим в развитии социально-ориентированного государства, именно поэтому любые неправильные действия со стороны медицинских работников могут привести к отрицательному отклику населения.

Согласно статье 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В том числе, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна оказываться гражданам бесплатно. В связи с этим деятельность организации здравоохранения нахо-

дится под контролем органов управления здравоохранения Российской Федерации.

Одной из более приоритетных задач руководителей медицинских учреждений является улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам.

Права пациента — это специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, регулируемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан [1].

Защита прав пациента — комплексная система правовых средств, организованных наиболее последовательным образом в целях фактической реализации прав пациента и преодоления препятствий, стоящих на пути его интересов [2].

Так, федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» направлен, в первую очередь, на конкретизацию конституционных прав граждан, на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также на закрепление гарантий и механизмов их реализации в современных условиях в рамках сложившейся структуры системы здравоохранения [2].

Среди наиболее часто встречающихся видов нарушений прав пациента можно выделить:

1. Нарушение права на оказание медицинской помощи надлежащего объема и качества.
2. Необоснованный отказ от оказания медицинской помощи.
3. Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, не повлекшие причинение вреда здоровью.
4. Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, повлекшие причинение вреда здоровью.

По данным Росздравнадзора отмечается прирост количества жалоб граждан на низкое качество медпомощи, непредставление гарантированного её объема и недостаточную доступность медицинских услуг в системе ОМС. За десять месяцев 2022 года поступило 21 164 обращения, связанных с низким качество медуслуг. За 2021 год в надзорный орган поступило 18 379 обращений по аналогичному поводу. На низкую доступность медпомощи пожаловались за десять месяцев 2022 года 5810 человек (в 2021 году — 2152), о непредставлении гарантированного объема помощи сообщили 11 032 заявителя (3408). Об отказах в оказании медпомощи уведомили надзорный орган 3497 граждан (в 2021 году — 2092). Почти на том же уровне осталось число обращений, связанных с возможностью выбора врача и медицинской организации (595) и жалоб от отбывающих наказание в виде ограничения свободы — 2686 (в 2021 году — 2506) (см. рис.).

В ходе исследования был проведен анонимный социологический опрос с помощью программы YandexForms. Целью исследования являлось оценка мнения населения об оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, а также выявить причины возникновения конфликтов «врач-пациент» по мнению респондентов. Также было важно выяснить куда обращаются люди в подобных ситуациях и как они относятся к огласке конфликтов с помощью СМИ.

В исследовании приняли участие 586 человек, из них 410 человек женского (69,9%) и 176 человек мужского пола (30,1%). Возрастная категория респондентов представляла до 18 лет 4 человека (0,7%), 18-21 лет 513 человек (87,5%), 21-25 лет 57 человек (9,7%), 30 лет и более 12 человек (2%) (см. табл. 1).

Далее респондентам был задан вопрос: «Какие больницы/поликлиники Вы посещаете чаще всего?», преобладающее число опрашиваемых отдают свое предпочтение обращаться за медицинской помощью в городские учреждения здравоохранения (84,3%) и малая часть предпочитает обращаться в районные (15,7%). Также мы выяснили, что 396 человек (67,6%) обращаются за медицинской помощью в частные клиники и 190 человек (32,4%) обращаются в государственные поликлиники (см. табл. 2).

Рис. 1. Количество жалоб в системе ОМС за 2021 г. и девять месяцев 2022 г. (по данным Росздравнадзора)

Таблица 1.

Распределение респондентов по полу и возрасту

Пол/возраст	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Женский пол	410	69,9
Мужской пол	176	30,1
До 18 лет	4	0,7
18-21 лет	513	87,5
21-25 лет	57	9,7
30+ лет	12	2

В процессе анкетирования респондентов, постарались выяснить с чем связан выбор медицинского учреждения и получили следующие результаты: 260 респондентов (44,4%) выбирают учреждения здравоохранения, которые расположены рядом с домом, 383 человека (65,4%) обращают внимание на качество обслуживания, 175 человек (29,9), которые обращаются в частные клиники за помощью, выбирают в связи с приемлемыми ценами, 107 человек (18,3%) отдают предпочтение своему выбору по совету родственников, 75 человек (12,8%) привлекает получение льготных услуг (бесплатные препараты и т.п.), для 282 человек (48,1%) важно лучшее отношение персонала к пациентам, а также 273 человека (46,6%) выбирают медицинское учреждение исходя из профессионализма врачей в той или иной организации, немало важным является и оснащение учреждения лучшим оборудованием (250 человек — 42,7%) и неотъемлемой частью выбора являются комфортные условия (365 человек — 62,3%).

Следующей частью анкетирования являлся сбор информации о периодичности посещения медицинских учреждений и оценке качества персонала. Удалось выяснить, что 1 раз в месяц посещают клиники/поликлиники 53 человека (9%), более 1 раза в месяц — 21 человек (3,6%), 2-3 раза в полгода — 205 человек (35%), 2-3 раза в год — 211 человек (36%) и очень редко посещают медицинские организации 96 человек (16,4%). Отношением медицинского персонала к пациентам довольны 453 человека (77,3%) и отрицательное мнение сложилось у 133 человек (22,7%). На вопрос: «Довольны

Таблица 2.

Предпочтение и критерии выбора медицинского учреждения

	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Городские больницы/поликлиники	494	84,3
Районные больницы/поликлиники	92	15,7
Частные клиники	396	67,6
Государственные поликлиники	190	32,4
Критерии выбора медицинского учреждения		
Расположен рядом с домом	260	44,4
Качество обслуживания	383	65,4
Приемлемые цены (для частных клиник)	175	29,9
Совет родственников	107	18,3
Получение льготных услуг (бесплатные препараты и т. п.)	75	12,8
Лучшее отношение персонала к пациентам	282	48,1
Профессионализм врачей	273	46,6
Учреждение оснащено лучшим оборудованием	250	42,7
Комфортные условия	365	62,3

ли Вы качеством работы скорой помощи?» 439 человек (74,9%) дали положительный ответ и 147 человек (25,1%) ответили «Нет». 138 человек (23,5%) считают, что соблюдение медицинским персоналом медицинской этики находится на «высоком» уровне, 423 человека (72,2%) считают, что соблюдение этики производится на «среднем» уровне и 25 человек (4,3%) считают, что медицинская этика не соблюдается. Качество оказания стационарной помощи, по мнению респондентов, производится на «высоком» уровне — 172 человека (29,4%), «среднем» уровне — 386 человек (65,9%), на «низком уровне — 28 человек (4,8%). Качество оказания амбулаторной помощи осуществляется: на «высоком» уровне — 137 человек (23,4%), на «среднем» — 412 человек (70,3%), на «низком» — 37 человек (6,3%) (см. табл. 3).

Так как основной частью исследования является изучения конфликтов между врачами и пациентами, то далее был предложен вопрос: «Что может стать причиной конфликта «врач-пациент»?» и по ответам можно сделать вывод, что большая часть (337 человек — 57,5%) считают, что причиной является непрофессионализм врача, подавляющее число (492 человека — 84%) считает, что конфликты возникают из-за несоблюдения этики врача, 328 человек (56%) придерживаются мнения, что данная проблема происходит из-за долгого времени ожидания приема и 272 человека (46,4%) — из-за отказа в проведении услуг и отказа в приеме без записи (261 человек — 44,5%). К сожалению, данный вид конфликтов может быть и причиной искажения информации пациентом (317 человек — 54,1%) (см. табл. 4).

Необходимо отметить, что большей части опрашиваемых не приходилось быть участником конфликта с врачом (465 человек — 79,4%) и 121 человеку (20,5%) приходилось вступать в конфликт такого рода. Поровну разделились случаи конфликтов родственников респондентов с врачами: 283 человека ответили, что родственники или знакомые вступали в конфликты с врачами и 283 человека ответили, что такого рода конфликтов не случалось.

Далее участникам анкетирования был предложен следующий вопрос: «Приходилось ли Вам или Вашим родственникам/знакомым подавать жалобу на врача?». Результаты были следующие: 501 человеку (85,5%) не случалось подавать жалобы и 87 людям (14,5%) приходилось сталкиваться с

Таблица 3.

Периодичность посещения медицинских учреждений и оценка качества помощи респондентами

Показатели в опросе	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Периодичность посещения медицинских учреждений		
1 раз в месяц	53	9
Более 1 раза в месяц	21	3,6
2-3 раза в пол года	205	35
2-3 раза в год	211	36
Очень редко	96	16,4
Довольны ли Вы отношением медицинского персонала к пациентам?		
Да	453	77,3
нет	133	22,7
Довольны ли Вы качеством работы скорой помощи?		
Да	439	74,9
нет	147	25,1
Оцените соблюдение медицинским персоналом медицинской этики		
Высокое	138	23,5
Среднее	423	72,2
Низкое	25	4,3
Оцените качество стационарной помощи		
Высокое	172	29,4
Среднее	386	65,9
низкое	28	4,8
Оцените качество амбулаторной помощи		
Высокое	137	23,4
Среднее	412	70,3
Низкое	37	6,3

Таблица 4.

Причины возникновения конфликта между врачом и пациентом

Причины	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Непрофессионализм врача	337	57,5
Несоблюдение этики	492	84
Долгое времени ожидания приема	328	56
Отказ в проведении услуг	272	46,4
Отказ в проведении услуг без записи	261	44,5
Искажение информации пациентом	317	54,1

данной проблемой. Следовательно, важно было проанализировать пути подачи заявления на врачей.

С жалобой к главному врачу обращались 82 человека (14%), 52 человека (8,9%) — к заведующему отделением, 7 человек (1,2%) обращались в страховую медицинскую организацию, 5 человек (0,9%) — в Фонд ОМС, 14 человек (2,4%) — в Росздравнадзор, 5 человек (0,9%) — в Следственный Комитет, 5 человек (0,9%) — в прокуратуру, 3 человека (0,5%) — в суд, 354 человека (60,4%) с жалобами на врачей никуда не обращались.

Также стоило выяснить какие пути решения конфликтов респонденты считают наиболее эффективными. 207 участников анкетирования (35,3%) считают, наиболее эффективным будет разрешение конфликта с главным врачом, 55 человек (9,4%) — с помощью процедуры медиации, 44 человека (7,5%) — обращение в иные инстанции с последующим судебным разбирательством, 280 человек (47,8%) считают, что разрешение конфликта с заведующим отделением будет наиболее эффективным путем (см. табл. 5).

Изучая данную проблему, одним из главных вопросов был: «Как Вы считаете, в чем причина того, что пациенты жалуются на медицинских работников?». Как показали результаты данного вопроса, одной из главных причин возникновения жалоб

Таблица 5.

Периодичность посещения медицинских учреждений и оценка качества помощи респондентами

Место обращения	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Если Вам приходилось подавать жалобу на медицинских работников, куда вы с этой жалобой обращались?		
К главному врачу	82	14
К заведующему отделением	52	8,9
В страховую медицинскую службу	7	1,2
В фонд ОМС	5	0,9
В Росздравнадзор	14	2,4
В следственный комитет	5	0,9
В прокуратуру	5	0,9
В суд	3	0,5
С жалобами на врачей никуда не обращались	354	60,4
Какой путь решения конфликта Вы считаете наиболее эффективным?		
Разрешение конфликта с заведующим отделением	280	47,8
Разрешение конфликта с главным врачом	207	35,3
Разрешение конфликта с помощью процедуры медиации	55	9,4
Обращение в иные инстанции с последующим судебным разбирательством	44	7,5

пациентов на медицинских работников является нарушение этики и деонтологии со стороны медицинских работников по отношения к пациентам (314 человек — 53,6%). Также причинами являются: средства массово информации раздувают конфликты между врачами пациентами (106 человек — 18,1%), пациентский экстремизм (89 человек — 15,2%), информированность пациента, пациенты знают свои права в сфере охраны здоровья (71 человек — 12,1%).

В ходе проведенного исследования нами было установлено, что наиболее частыми причинами увеличения количества жалоб пациентов являются следующие факторы:

1. Непрофессионализм врача.
2. Несоблюдение этики.

3. Долгое время ожидания приема.
4. Отказ в проведении услуг.
5. Отказ в проведении услуг без записи.
6. Искажение информации пациентом.

Основными направлениями предупреждения и разрешения конфликтов являются, по мнению респондентов, являются:

- повышение правовой культуры пациентов и врачей;
- повышение уровня культуры врачебного приема, врачебной этики, врачебного профессионализма;
- информирование пациента о лечении и характере возможных осложнений;
- стереотип бесплатной медицины, особенно у лиц пожилого возраста;
- разработка стандартов оказания медицинской помощи и постоянное повышение квалификации медицинского персонала.

Список литературы:

1. Закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/ (дата обращения: 06.10.2023).
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 06.10.2023).
3. Егоров К. В. Правомерное и неправомерное причинение вреда в сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект: Автореф. дисс. ... канд. юр. наук. Казань, 2006. 129 с.

Об авторах:

Макарцева Карина Павловна — студентка 2 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, karinochka.m48@mail.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Karina Pavlovna Makartseva — 2nd year student of the Faculty of Medicine of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Макарцева К. П., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Макарцева К. П., Симонян Р. З. Проблема роста жалоб пациентов на медицинских работников // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 119-125.

For citation:

Makartseva K. P., Simonyan R. Z. The problem of the growth of patient complaints against medical workers // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 119-125.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 19.11.2023 г.

Примакова А. В., Симонян Р. З.

ПРОБЛЕМА ЛОЖНЫХ И НЕОБОСНОВАННЫХ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Среди проблем структурного реформирования отрасли здравоохранения важнейшее значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи. Проблема ложных и необоснованных вызовов скорой помощи является весьма серьезной, так как влияет на работу службы скорой помощи и может иметь негативные последствия для тех, кто действительно нуждается в медицинской помощи. Служба скорой медицинской помощи всё чаще и чаще выполняет несвойственные ей функции, обязанности амбулаторно-поликлинических учреждений по оказанию помощи на дому, что приводит к задержке оказания помощи, снижению своевременности и качества оказания медицинской помощи, перегруженности специализированных отделений стационара непрофильными больными. Также крайне неэффективно используются специализированные врачебные бригады, простаивающие большую часть времени или выполняющие непрофильные вызовы. Кроме того, выезд скорой помощи на необоснованные вызовы приводит к значительным экономическим затратам. Станции службы скорой медицинской помощи являются государственными либо муниципальными учреждениями здравоохранения, т. е. бюджетными организациями, и помимо того, что ложные вызовы затрудняют доступность медицинского персонала для действительно важных вызовов, они также влекут дополнительные расходы из бюджета, как регионального, так и федерального.

В данной статье мы рассмотрим причины возникновения ложных и необоснованных вызовов, проанализируем правоприменительную практику, устанавливающую соответствующее административное наказание за преднамеренный ложный вызов скорой помощи. Чтобы выяснить возможные причины необоснованных и ложных вызовов и изучить мнение о данной проблеме проведено исследование среди будущих медицинских работников — студентов Курского государственного медицинского университета и предложены поправки для улучшения работы скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: *скорая медицинская помощь, ложный вызов, необоснованный вызов, уголовная ответственность, экстренная помощь, оказание медицинской помощи*

Alina Primakova, Rimma Simonyan

THE PROBLEM OF FALSE AND UNWARRANTED CALLS TO EMERGENCY MEDICAL SERVICES

Among the problems of structural reform of the healthcare industry, the improvement of the ambulance service is of the utmost importance. The problem of false and unreasonable ambulance calls is very serious, as it affects the work of the ambulance service and can have negative consequences for those who really need medical care. The ambulance service is increasingly performing functions that are not typical of it6 duties of outpatient polyclinic institutions for home care, which leads to a delay in the provision of care, a decrease in the timeliness and quality of medical care, overload of specialized hospital departments with non-core patients. It is also extremely inefficient to use specialized medical teams that are idle most of the time or perform non-core calls. In addition, the departure of an ambulance to unreasonable calls leads to significant economic costs. Emergency medical service stations are state or municipal healthcare institutions, i. e. budgetary organizations, and in addition to the fact that false calls make it difficult for medical personnel to be available for really important calls, they also entail additional costs from the budget, both regional and federal.

In this article, we will consider the causes of false and unreasonable calls, analyze the law enforcement practice that establishes an appropriate administrative penalty for a deliberate false ambulance call. In order to find out the possible causes of unreasonable and false calls and to study the opinion on this problem, a study was conducted among future medical workers — students of Kursk State Medical University and amendments were proposed to improve the work of emergency medical services.

Keywords: *ambulance service, false call, unjustified call, criminal liability, emergency assistance, provision of medical care*

По данным Росздравнадзора, около 37% вызовов «скорой» являются «непрофильными» — это случаи, когда служба скорой помощи вызывается без необходимости или на основе неправильной оценки ситуации. Например, такие вызовы могут быть сделаны из-за паники или нерационального страха, неправильного понимания симптомов или в случаях, когда медицинская помощь не требуется. Такие вызовы могут возникнуть из-за неумения вести себя верно и принимать решения в стрессовой ситуации. Они также могут быть вызваны нежеланием или неспособностью самостоятельно обеспечить неотложную медицинскую помощь или желанием получить более высокий уровень медицинского вмешательства, чем необходимо [1].

Значительная часть населения не понимает этого и путает оказание скорой медицинской помощи с «бесплатными медицинскими консультациями» и «вызов врача на дом». А пока скорая помощь тратит время на «непрофильные» вызовы, где-то может умирать человек, действительно нуждающийся в оказании медицинской помощи, но так и не дождавшийся бригады.

Существует определенный перечень случаев, при которых пациент нуждается в проведении транспортировки в медицинское учреждение, к ним относятся:

1. Женщины в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденные.
2. Если пациент перестает дышать или испытывает затруднение в дыхании, это может быть признаком серьезного заболевания или состояния.
3. Если у пациента возникают симптомы сердечной недостаточности, например, острая боль в груди, он может нуждаться в немедленной помощи.
4. Судороги или потеря сознания: если пациент испытывает судорожные приступы или теряет сознание, это может быть признаком серьезного состояния, требующего немедленной помощи.
5. Сильные кровотечения: если пациент травмирован и имеются серьезные кровотечения, необходимо обратиться за скорой помощью.
6. Подозрение на инсульт: если у пациента возникают симптомы инсульта, такие как сильная головная боль, изменение мимики лица, расстройство речи или паралич одной стороны тела, требуется немедленная медицинская помощь.
7. Подозрение на серьезную травму: если пациент получил тяжелую травму, такую как перелом костей, раны с открытыми костями или сильные ожоги, нужно вызвать скорую помощь.
8. Отравление или передозировка: если пациент употребил ядовитые вещества, лекарства в большом количестве или находится в состоянии передозировки, следует немедленно обратиться за помощью.
9. Тяжелая аллергическая реакция: если у пациента возникают признаки анафилактического шока (затрудненное дыхание, сильный зуд, сыпь, отек горла), необходимо вызвать скорую помощь [2].

К сожалению, многие люди злоупотребляют «скорой», вызывая её с целью получить бесплатную или удобную транспортировку.

При использовании службы скорой помощи важно быть честным и ответствен-

ным. Если у вас нет медицинской необходимости для вызова скорой помощи, рекомендуется обратиться к другим формам транспортировки, чтобы не отвлекать службу скорой помощи от её основной роли — спасать жизни.

В Кодексе об административных правонарушениях в РФ есть статья (ст. 19. 13 КоАП РФ), предусматривающая ответственность за заведомо ложный вызов специализированных служб, к которым относится и скорая медицинская помощь [4].

В странах Западной Европы и некоторых штатах США, пациент, необоснованно вызвавший скорую помощь, должен оплатить счет.

Часто необоснованный (т.е. без веских причин) вызов приравнивают к ложному. Путаница возникает из-за того, что в федеральном законодательстве понятия «необоснованный вызов» или «ложный вызов» не закреплены. Более того, к ним еще присоединяется «безрезультатный вызов», который тоже неясно, как отличать от собратьев. Есть приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 №942, который предлагает фиксировать в учетной форме №110/у под безрезультатным выездом скорой следующие ситуации: больной не найден на месте, отказ от помощи (от осмотра), адрес не найден, ложный вызов, вызов отменен, пациент практически здоров и др. При этом понятие ложного вызова в приказе не раскрыто, но он отделен от иных ситуаций, связанных с безрезультатным выездом [8].

Выходит, что безрезультатный вызов — это более широкая категория, которая включает не только ложные вызовы, но и иные ситуации, например, пациента «отпустило» до приезда скорой. При этом ясно только одно: сегодня нет четкой правовой регламентации необоснованных вызовов на уровне законодательства системы здравоохранения.

Существует несколько причин, по которым люди могут совершать ложные вызовы скорой помощи:

- Некоторые люди могут совершать ложные вызовы из-за шуток или несерьезного отношения к ситуации. Они не осознают серьезности своих действий и не понимают, что это может привести к задержкам в оказании помощи тем, кто действительно нуждается в ней.
- Одинокие и пожилые люд могут вызывать скорую помощь в поисках социального общения или просто из-за чувства безопасности. Они могут испытывать страх или тревогу и надеяться, что приезд медицинского персонала поможет им почувствовать себя лучше.
- Некоторые люди могут совершать ложные вызовы в целях получения наркотических средств или внимания медицинского персонала. Они могут утверждать о существовании серьезных симптомов, чтобы получить нужные им лекарства или привлечь внимание к своей персоне.

Ложные вызовы также приводят к износу ресурсов службы скорой помощи, включая транспортные средства, медицинское оборудование и персонал. Это может снижать эффективность работы службы и повышать затраты на её обслуживание.

Однако, есть ситуации, когда специалисты станции скорой медицинской помощи могут принять вызов за ложный. Подтверждение тому — приговор фельдшера, осужденного по ч. 3 ст. 293 Уголовного кодекса РФ после трагедии на Сямозере. Фельдшер принял два звонка от детей за телефонное хулиганство и проигнорировал их. Школьники попали в беду, им нужна была помощь. Погибли 14 детей. Апелляционное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Республики Карелия от 31.07.2017 по делу №22-1231/2017. Халатность, повлекшая по неосторожности смерть двух или более лиц [3].

Есть и противоположные случаи. Женщина обратилась с иском к станции скорой медпомощи о взыскании морального вреда, причиненного неоказанием помощи её сыну. Бригада скорой 4 раза приезжала по вызову к больному, оказывала помощь и каждый раз настаивала на госпитализации, но получала отказ. После долгих убеждений пациент был госпитализирован с инсультом, но в тот же день скончался. В данном случае вины скорой не было: драго-

ценные минуты были потеряны из-за матери, которая не соглашалась на госпитализацию (решение Вольского районного суда от 01.11.20211 по делу №2-1173/2011) [5].

Даже когда есть подозрения, что врача вызывают без оснований, медицинская организация все равно должна отреагировать и направить медиков по вызову. Потому что подозрения — это предположения, а оказание медпомощи — обязанность, за неисполнение которой грозит ответственность вплоть до уголовной.

Например, специалист станции скорой помощи может отказать пациенту в направлении «неотложки» только в случае, если описанная ситуация для вызова однозначно не соответствует установленным законом поводам, и порекомендовать обратиться за медпомощью в рамках ПМСП. Аналогичная ситуация касается и вызова врача в рамках ПМСП — должны быть законные основания для вызова.

Уголовная ответственность за неоказание медпомощи больному (ст. 124 Уголовного кодекса РФ). Ответственность возникает в случае, если последствия неоказания помощи выразились в неумышленном причинении среднего или тяжкого вреда здоровью больного либо его смерти [6].

В одном из разборов судебной практики есть случай, где врача осудили по данной статье. Пациент обратился в больницу и пожаловался на резкое ухудшение самочувствия (острый коронарный синдром). Дежурный врач отказал в помощи и рекомендовал обратиться в поликлинику. Посчитал, что «слабые ноги» и «плохое самочувствие» не повод, чтобы оказывать медпомощь. Пациент отправился в поликлинику, где по прибытии скончался. Сложность приема заявки и организации выезда в том, что пациент или его представитель сообщает информацию, проверить которую специалист объективно не может, но направить врача или бригаду обязан. При этом нельзя исключать ситуации, когда пациент не в состоянии объяснить свое состояние. Например, ребёнок или взрослый, впервые испытывающий острую боль. На кону человеческая жизнь, поэтому лучше приехать, чем не приехать.

В таких случаях можно придерживаться следующего подхода:

1. Подробно опросить пациента: его состояние, симптомы, контактные данные.
2. Соотнести полученную информацию о состоянии пациента с законодательно установленными поводами вызова врача на дом или скорой. При этом не пренебрегать человеческим фактором — помощь может требоваться ребёнку или старику, которые не в силах описать симптомы или характер заболевания.

Если звонок поступил на станцию скорой медпомощи и повода для направления бригады нет, то диспетчер может передать обращение старшему врачу станции скорой в целях оказания дистанционной консультативной помощи, что позволит снять нагрузку на выездную бригаду (письмо Минздрава России от 11.12.2018 №14-3/2140926) [7].

С целью, выяснить возможные причины необоснованных и ложных вызовов, изучить мнение о данной проблеме, а также предложить поправки для улучшения работы скорой медицинской помощи было проведено исследование среди будущих медицинских работников — студентов Курского государственного медицинского университета.

В ходе исследования был проведен анализ статей Кодекса об административных правонарушениях РФ, предусматривающих ответственность за заведомо ложный вызов специализированных служб. Использован метод социологического анонимного анкетирования. Тестирование участников исследования и подсчёт результатов производились с помощью Yandex Forms и Microsoft Excel.

Результаты исследования. В опросе приняло участие 454 человека. Данное исследование проводилось среди студентов Курского государственного медицинского университета с 1 по 6 курс обучения в возрасте от 18 до 26 лет. Студенты лечебного факультета составили 63,4% 288 человек), педиатрического 16,3 % (74 человека), стоматологического 10,6 % (48 человек), медико-профилактического 9,7 % (44 человека).

По результатам опроса было выявлено, что 76,9% (349 человек) анкетируемым приходилось хоть раз в жизни вызывать скорую

медицинскую помощь. Далее респондентам был задан вопрос: «Знаете ли, Вы, что за заведомо ложный вызов пожарной охраны, полиции, скорой медицинской помощи или иных специализированных служб — влечет наложение административного штрафа?», так 96% (436 человек) знают это.

На вопрос о том, сколько им приходилось ожидать приезда бригады. Ответы распределились следующим образом: от меньше 10 минут (9%), больше 10 минут (20,7%), 20-30 минут (32,8%), более 1 часа (9,5%), более 2 часов (2,9%), более 3 часов (3,7%), до более 1 суток (2%). При этом в соответствии с требованиями, установленными Приказом Минздрава России от 22.01.2016 №33н, время доезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента её вызова.

По мнению респондентов, на вопрос: «Как Вы считаете, в чем заключается проблема ложных вызовов скорой медицинской помощи?» самыми популярными стали следующие ответы: граждане не хотят утруждать себя посещением поликлиники — 75,6%, не информированность (человек не знает, когда он вправе вызвать скорую помощь) — 62,6%, повышенная тревожность людей, боязнь за свое здоровье — 52,9%, неотрегулированная работа поликлиник (невозможность вызвать врача на дом, дефицит кадров в поликлиниках) — 35,9%.

На вопрос: «Как Вы считаете, следует ли ужесточить законодательную ответственность за ложный вызов скорой помощи?», большая часть респондентов — 361 человек (79,5%) дали утвердительный ответ. Так же, как и на вопрос: «Как Вы считаете, необходимо ли вести просветительскую работу с населением и объяснять, когда необходимо вызывать скорую помощь?» — 444 человека (97,8%) ответили положительно.

На главный вопрос: «Как, по Вашему мнению, можно справиться с проблемой ложных вызовов скорой помощи?» самыми распространёнными следующие ответы: с помощью просветительской работы среди населения (72,5% — 329 человек), только путем ужесточения наказания за ложный вызов (64,8% — 294 человека), сделать вызов скорой помощи исключительно платным (11,7% — 53 человека).

Таким образом, проблема ложных вызовов скорой помощи имеет серьезные последствия для службы скорой помощи и тех, кто действительно нуждается в медицинской помощи. Понимание причин возникновения ложных вызовов и применение соответствующих мер позволит снизить количество таких случаев и обеспечить более эффективное оказание помощи тем, кто нуждается в ней.

Так, проблема ложных вызовов, во многом, является следствием несовершенства организации здравоохранения.

В первую очередь не хватает единых call-центров, в которых обученные регистраторы сортировали бы звонки на вызовы для скорой, для посещения участкового на дому, для самостоятельного обращения в приемный покой больниц и для обыкновенного амбулаторного приема.

Также очень не хватает программы образования граждан, информационных кампаний о серьезности проблемы ложных вызовов и её последствиях. Они могли бы помочь повысить осведомленность общественности и уменьшить количество случаев ложных вызовов.

Введение строгих мер ответственности за совершение ложных вызовов может отпугнуть потенциальных нарушителей и снизить количество таких случаев.

Список литературы:

1. Багненко С. Ф. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методическое пособие // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 241 с.
2. Кишкун А. А Диагностика неотложных состояний. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 736 с.

3. Апелляционное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Республики Карелия от 31.07.2017 по делу №22-1231/2017 // URL: https://actofact.ru/case-10OS0000-22-1231-2017-2017-07-17-2-1/ (дата обращения: 05.11.2022).
4. «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ Статья 19. 13. Заведомо ложный вызов специализированных служб // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/9429e0b850a88375c483154f5fb709cde1ec4d30/ (дата обращения: 05.11.2022).
5. Решение Вольского районного суда от 01.11.20211 по делу по делу №2-1173(1)/2011 // URL: https://sudact.ru/regular/doc/01rfA7xF1k5X/(дата обращения: 05.11.2022).
6. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 №63-ФЗ Статья 124. Неоказание помощи больному // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/278a7483be20f760f29fa44e5a34f7bae96c0c03/ (дата обращения: 05.11.2022).
7. Письмо Минздрава России от 11.12.2018 №14-3/2140926 // URL: https://legalacts.ru/doc/pismo-minzdrava-rossii-ot-11122018-n-14-32140926-0-napravlenii/ (дата обращения: 05.11.2022).
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 №942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96009/ (дата обращения: 05.11.2022).

Об авторах:

Примакова Алина Вадимовна — студентка 4 курса медико-профилактического факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, alinaprimakova2000@yandex.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Alina Vadimovna Primakova — 4rd year student of the Faculty of Medicine and Prevention of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Примакова А. В., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Примакова А. В., Симонян Р. З. Проблема ложных и необоснованных вызовов скорой медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 126-131.

For citation:

Primakova A. V., Simonyan R. Z. The problem of false and unwarranted calls to emergency medical services // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 126-131.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 17.11.2023 г.

Семян Е. В., Симонян Р. З.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОДАЖИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭЛЕКТРОННЫХ ТОРГОВЫХ ПЛОЩАДКАХ (МАРКЕТПЛЕЙСАХ)

В современном обществе практически все сталкивались с маркетплейсами. Мы узнаём о них из различных реклам. Всё чаще люди начинают совершать покупки на торговых электронных площадках. В стороне не остаются и лекарственные препараты. Зачастую среди них встречаются подделки, которые могут нанести существенный вред здоровью. Существует нормативно-правовой документ, который регулирует продажу лекарственных препаратов на электронных площадках. Но полученные результаты анонимного анкетирования, которое было проведено в ходе исследования и в котором приняли участие 303 респондента, показало, что большинство людей не знают о данном законе и что некоторые из них даже сталкивались с подделками. Именно поэтому, мы считаем необходимым провести исследование, в ходе которого будут рассмотрены правовые аспекты продажи лекарственных препаратов на электронных торговых площадках. Целью исследования является изучить отношение граждан различных возрастных групп к покупке лекарственных препаратов на маркетплейсах, обосновать проблемы, которые могут возникать в результате таких покупок, и рассмотреть нормативно-правовые документы, которые регулируют данные продажи, с целью обезопасить граждан от некачественных товаров.

Ключевые слова: *лекарственные препараты, маркетплейс, электронная торговая площадка, нормативно-правовой документ, покупки*

Ekaterina Semyan, Rimma Simonyan

LEGAL ASPECTS OF THE SALE OF MEDICINES ON ELECTRONIC TRADING PLATFORMS (MARKETPLACES)

In modern society, almost everyone has encountered marketplaces. We learn about them from various advertisements. Increasingly, people are starting to make purchases on electronic trading platforms. Medicines are not left aside either. Often among them there are fakes that can cause significant harm to health. There is a regulatory document that regulates the sale of medicines on electronic platforms. But the results of an anonymous survey conducted during the study, in which 303 respondents took part, showed that most people do not know about this law and that some of them have even encountered fakes. That is why we consider it necessary to conduct a study, during which the legal aspects of the sale of medicines on electronic trading platforms will be considered. The purpose of the study is to study the attitude of citizens of different age groups to the purchase of medicines on marketplaces, to substantiate the problems that may arise as a result of such purchases, and to consider the regulatory documents that regulate these sales in order to protect citizens from low-quality goods. conflicts.

Keywords: *medicines, marketplace, electronic trading platform, regulatory document, purchases*

Продажа лекарственных препаратов на различных маркетплейсах с каждым годом увеличивается. Одной из основных причин, послужившей этому, является пандемия коронавируса Covid-19. В тот момент люди в силу страха за своё здоровья боялись лишний раз покидать собственные квартиры и дома, а тем более посещать места общественного пользования, к которым относятся аптеки. Зачастую и в самих аптеках невозможно было найти нужное лекарство. Именно это и сподвигло людей пользовать-

ся услугами торговых электронных площадок с целью приобретения необходимых лекарственных препаратов. Но не только это является основной причиной приобретения лекарственных препаратов на маркетплейсах. Зачастую люди совершают данные покупки в силу своей лени и нежелания ходить по местным аптекам. Бывают и такие случаи, когда продавцы на электронных торговых площадках выставляют цену лекарственного препарата намного ниже, чем в местных аптеках. Также встречается такое, что в некоторых населенных пунктах отсутствуют аптеки, и людям приходиться приобретать лекарства через Интернет.

На данный момент продажа лекарственных препаратов является не только экономической, но и социальной проблемой. При заказе люди не могут удостовериться в качестве купленного товара из-за того, что некоторые продавцы подделывают лицензии и покупают положительные отзывы. По этой причине бывают случаи, когда покупатели получают вместо нужного лекарственного препарата некачественную подделку, которая не только не лечит, но и наносит существенный вред здоровью.

На сегодняшний момент продажа поддельных лекарственных средств является преступлением согласно Уголовному кодексу Российской Федерации. Согласно статье 238.1 УК РФ, фальсификация лекарственных средств может быть наказана штрафом до 5 млн. руб., лишением свободы на срок до 12 лет и лишением права занимать определенные должности [6].

С точки зрения уголовного права одной из основных проблем борьбы с поддельными лекарственными препаратами на электронных торговых площадках является сложность выявления факта преступления. Зачастую фальсификаторы используют различные методы для затруднения выявления, к примеру, производят поддельные лекарства с максимальной близостью к настоящим, заменяют упаковки и этикетки, меняют даты и сроки годности, используют различные недостоверные документы и т. д. В связи с этим, важно не только выявление фактов фальсификации, но и проведение экспертизы и исследований для определения качества и подлинности лекарственных средств. Другой проблемой является трудность сбора доказательств и привлечения виновных к ответственности.

Для обоснования вышеперечисленных слов в ходе научно-исследовательской работы было проведено анонимное социологическое анкетирование на платформе «Yandex Forms», цель которого заключалась в выявлении общественного мнения по поводу продажи лекарственных препаратов на электронных торговых площадках. В данном опросе приняло участие 303 респондента, среди которых 212 женщин и 91 мужчина. Средний возрастной ценз составил от 18 до 40 лет. Большинство из опрошенных являются студентами 2 и 3 курса Курского государственного медицинского университета (99,3%) следующих факультетов: лечебный (70,9%), педиатрический (13,6%), стоматологический (7,3%) и медико-профилактический (7,3%).

Для достижения поставленной цели респондентам был задан следующий вопрос: «Пользуетесь ли Вы маркетплейсами?». Большая часть опрошенных, а именно 283 (93,4%) респондента, дали ответ «да» и лишь 20 (6,6%) респондентов ответили, что «нет». Это говорит о том, что электронные торговые площадки в настоящий момент времени имеют огромную популярность и пользуются большим спросом у граждан.

Полученная информация, представленная в табл. 1, показывает, что большая часть респондентов систематически совершает покупки различных товаров на электронных торговых площадках. На вопрос: «Встречали ли Вы когда-нибудь лекарственные препараты на маркетплесах?», 212 (70%) опрошенных ответили — «да», 61 (20,1%) — «нет» и 30 (9,9%) — «не слежу за товарами на маркетплейсах». Данные ответы действительно показывают, что на просторах электронных торговых площадок присутствуют лекарственные препараты и многие люди, из числа респондентов, также с ними встречались там. Далее опрошенным был задан следующий вопрос: «Заказывали ли Вы когда-нибудь лекарственные препараты на маркетплейсах?». 251 (82,8%) человек ответили «нет» и 50 (17,2%) ответили «да». Исходя из полученных данных, можно сказать, что

Таблица 1.

Частота покупок, совершаемых респондентами на маркетплейсах

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Пару раз в неделю	49	16,2
Пару раз в месяц	195	64,4
Пару раз в полгода	37	12,2
Пару раз за год	6	2
Не совершаю покупки на маркетплейсах	16	5,2

малая часть респондентов приобретали лекарственные препараты через электронные торговые площадки. Это подтверждает, что маркетплейсы пользуются спросом у людей даже для покупки лекарств. На вопрос: «Как Вы считаете, часто ли на маркетплейсах встречаются подделки лекарственных препаратов?». Среди ответов было следующее: «часто» — 185 (61,1%) респондентов, «не часто» — 110 (36,3%) респондентов, «на маркетплейсах вообще нет подделок» — 8 (2,6%) респондентов. В табл. 2 представлены данные, которые показывают отношение респондентов к наличию лицензии на лекарственный препарат у продавца на электронной торговой площадке.

Полученные результаты говорят о том, что практически все респонденты считают, что продавцы лекарственных препаратов на электронных торговых площадках обя-

Таблица 2.

Отношение респондентов к наличию лицензии на лекарственный препарат

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Как Вы считаете, должен ли продавец предоставлять лицензию на лекарственные препараты на маркетплейсах?		
Должен	297	98
Не должен	6	2
Если Вы заказывали лекарственные препараты на маркетплейсах, проверяли ли Вы наличие лицензии?		
Проверял(а)	69	43,9
Не проверял(а)	54	56,1

заны предоставлять лицензии на данные товары, но при этом большая часть из тех опрошенных, которые совершали покупку лекарств на маркетплейсах, не проверяли наличие лицензии. Это говорит о безответственном подходе некоторых опрошенных к данным приобретениям. Зачастую продавцы и при наличии лицензии хорошо маскируют поддельный товар под подлинный. При покупке лекарственных препаратов на электронных торговых площадках людям необходимо быть очень внимательными и ответственными, проверять наличие лицензии, проверять сроки годности, сверять товар с маркетплейса с этим же проверенным лекарством. Порой поддельные лекарственные не то что не вылечат определенное заболевание, но в добавок и нанесут существенный вред здоровью. Далее, для достижения цели научно-исследовательской работы, респондентам был задан вопрос: «Знаете ли Вы о существование закона, который регулирует продажу лекарственных препаратов на маркетплейсах?». Опрошенные люди дали следующие ответы: 98 (32,3%) — «знаю», 159 (52,5%) — «не знаю», 46 (16,2%) — «впервые о таком слышу». Полученные результаты показывают, что большая часть респондентов не просвещены в данной теме, что не может не огорчать.

На сегодняшний день согласно ст. 238.1 Уголовного кодекса Российской Федерации предусмотрена уголовная ответственность за незаконное производство, сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации фальсифицированных недоброкачественных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологических активных добавок [6]. Кроме этого, существует постановление Правительства Российской Федерации от 16.05.2020 №697 (ред. от 18.02.2023), в котором обозначаются правила выдачи разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом, осуществление такой торговли и доставки указанных лекарственных препаратов гражданам [4].

Далее респондентам был задан вопрос: «Как Вы считаете, стоит ли ужесточить продажу лекарственных препаратов на маркетплейсах?». На него были даны следующие ответы: 260 (85,8%) — «стоит», 41 (13,5%) — «не стоит» и 2 (0,7%) респондента затруднились дать ответ на данный вопрос. Полученные результаты говорят о том, что большинство из опрошенных людей считают, что стоит ужесточить продажу лекарственных средств на электронных торговых площадках с целью избежать большого количества подделок. Затем респондентам было предложено выбрать вид юридической ответственности, который должен быть предусмотрен для тех, кто продает поддельные лекарственные препараты на электронных торговых площадках. Результаты представлены ниже в табл. 3.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что практически все респонденты считают, что продавцы поддельных лекарственных препаратов на электронных торговых площадках должны нести юридическую ответственность за это. Большая часть опрошенных людей уверена, что таких продавцов стоит привлекать к уголовной ответственности за нанесения вреда здоровья покупателю и выписывать штрафы за продажу контрафактов. Это действительно является правдой. Согласно статье 238.1 Уголовного кодекса Российской Федерации, деяния, совершенные с использованием средств массовой информации и Интернета, наказываются принудительными работами на срок от четырех до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок от четырех до шести лет со штрафом в размере от семисот пятидесяти тысяч до двух миллионов пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до четырех лет или без такового [6].

Таблица 3.

Представления респондентов о юридической ответственности за продажу на маркетплейсах поддельных лекарственных препаратов

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Штраф	162	53,5
Административная ответственность	135	44,6
Уголовная ответственность	160	52,8
Лишение права заниматься данной деятельностью	200	66
Если нанесен тяжкий вред здоровью, то привлечь к уголовной ответственности	1	0,3
Смертная казнь	1	0,3

С целью достижения поставленной цели, у респондентов спросили, могут ли подделки нанести существенный вред здоровью, на что были получены такие ответы: 290 (95,7%) ответили, что могут, а 13 человек (4,3%) считают,

что не могут. Данные показатели говорят о том, что большинство опрошенных людей понимают всю серьезность употребления поддельных лекарственных препаратов и несут ответственность за своё здоровье. Более того, по результатам следующего вопроса 45 респондентам (14,9%) приходилось встречаться с поддельными лекарственными препаратами, которые были приобретены на электронной торговой площадке. Это говорит о том, что действительно существует данная проблема, которая требует глобальных решений. К счастью, большая часть респондентов (241 человек (79,5%)) не сталкивались с фальсифицированными лекарствами, что не может не радовать. Некоторая часть опрошенных, а именно 17 человек (5,6%) не смогли дать ответ на данный вопрос. Это может свидетельствовать о том, что либо эти люди никогда не приобретали лекарственные препараты на электронных торговых площадках, либо не проверяли купленный товар на подлинность. Для получения полного и точного мнения респондентам были заданы вопросы: «Как Вы считаете, стоит ли запретить продажу лекарственных препаратов на маркетплейсах?» и «Доверяете ли Вы продавцам лекарственных препаратов на маркетплейсах?». На первый вопрос были даны следующие ответы: 150 (49,5%) — «стоит», 145 (47,9%) — «не стоит» и 8 человек (2,6%) затруднились ответить. На второй вопрос были даны следующие ответы: 18 (5,9%) — «доверяю», 130 (42,9%) — «не доверяю» и 155 (51,9%) выбрали вариант ответа «50/50». Данные ответы говорят о том, что большая часть респондентов не до конца доверяют продавцам лекарственных препаратов на электронных торговых площадках и считают, что стоит совсем запретить продажу данных товаров на маркетплейсах. Это связано с тем, что бывают случаи, когда люди сталкиваются с фальсифицированным товаром, который может нанести существенный вред здоровья.

Подводя итог всему вышесказанному, можно сделать следующие выводы. Практически все респонденты пользуются услугами электронных торговых площадок. Некоторые из них приобретали лекарственные препараты на маркетплейсах, и лишь малая часть сталкивалась с подделками. Большинство же людей не доверяют продавцам данных товаров на электронных торговых площадках и считают необходимым ужесточить данные продажи или совсем их запретить. Данное мнение сформировалось у них из-за недоверия и опасения за своё здоровье, ведь употребление фальсифицированных препаратов может нанести существенный вред их здоровью. Для того чтобы этого избежать каждый человек перед покупкой лекарственного препарата должен проверить наличие лицензии на данный товар, прочитать отзывы других покупателей и при получении лекарства проверять целостность и оригинальность упаковки и самих таблеток, а также сверять сроки годности. Это поможет избежать употребления некачественного товара и сберечь своё здоровье. В том случае, когда доставляют фальсифицированное лекарственное средство, необходимо обратиться в прокуратуру с заявлением на данного продавца по статье 238. 1 УК РФ, а также сообщить в поддержку на сайте электронной торговой площадки о нарушение прав потребителя.

Список литературы:

1. Коткова Е. Д. Факторы потребительского поведения на рынке медицинских товаров и услуг онлайн // Инновации и инвестиции. 2017. №6. С. 144-150.
2. Крысанов И. С. и др. Анализ организационно-правовых основ дистанционной продажи лекарственных средств // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2020. №2. С. 68-75.
3. Нургалеев М. С. Общая характеристика правого регулирования оборота лекарственных средств на территории РФ // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2021. №4-2. С. 119-125.

4. Постановление Правительства РФ от 16.05.2020 №697 «Об утверждении Правил выдачи разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом, осуществления такой торговли и доставки указанных лекарственных препаратов гражданам и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросу розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_352724/794a4e1a36cd1030400b43c44e8b6e4e2fc8d414/ (дата обращения: 13.11.2023).
5. Потапов П. С., Конюхова В. Е. К вопросу о состоянии онлайн торговли в России в 2020 г. // Вестник Академии. 2021. №2. С. 47-51.
6. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/cc19b92bd79a2600eaeb4aab69468fb9471babd1/ (дата обращения: 13.11.2023).
7. Федеральный закон от 31.12.2014 №532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_173202/3d0cac60971a51128ocbba229d9b6329c07731f7/ (дата обращения: 13.11.2023).
8. Шведова И. Д. Использование нейросетей и технологии блокчейн для борьбы с фальсификацией лекарственных средств и биологически активных добавок // Аграрное и земельное право. 2023. №5 (221). С. 179-183.

Об авторах:

Семян Екатерина Валерьевна — студентка 2 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, katesemyan@edufe46.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Ekaterina Valeryevna Semyan — 2nd year student of the Faculty of Medicine of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Семян Е. В., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Семян Е. В., Симонян Р. З. Правовые аспекты продажи лекарственных препаратов на электронных торговых площадках (маркетплейсах) // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 132-137.

For citation:

Semyan E. V., Simonyan R. Z. Legal aspects of the sale of medicines on electronic trading platforms (marketplaces) // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 132-137.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 18.11.2023 г.

Серегин А. А., Симонян Р. З.

О ВЛИЯНИИ НАЛИЧИЯ СУДИМОСТИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ИХ ТРУДОУСТРОЙСТВО

В данной статье рассматривается профессиональная пригодность врачей, имеющих судимость, а также вопрос о допуске их к профессиональной деятельности. Рассматриваются статьи Уголовного кодекса, по которым чаще всего судят врачей и предоставлен в качестве примера анализ одного судебного дела. Были составлены два опроса для студентов Курского государственного медицинского университета о принятии на работу в медицинские учреждения лиц с судимостью. Также взято интервью у одного из медицинских работников. В конце были подведены итоги нашей темы, в частности опросов.

Ключевые слова: *судимость, врач, медицинский работник, уголовный кодекс*

Artem Seregin, Rimma Simonyan

TO THE QUESTION OF HOW THE CRIMINAL RECORD OF MEDICAL WORKERS AFFECTS THEIR EMPLOYMENT

This article discusses the professional suitability of doctors who have a criminal record, as well as their admission to professional activity. Articles of the Criminal Code are considered, according to which doctors are most often tried and an analysis of one court case is provided. Two surveys were also compiled for students of the Kursk State Medical University on the employment of persons with a criminal record in medical institutions. An interview with a medical worker was also taken. At the end, the results of our topic, in particular the surveys, were summed up.

Keywords: *criminal record, doctor, medical worker, criminal code*

Решение правовых конфликтов всегда было непростым делом, особенно в тех сферах жизни, в которых этика, нравственность и мораль играют не последнюю роль — в сфере медицины. Также стоит обратить внимание на то, что здесь учитываются общие представления о сложившейся ситуации, определение вины медицинского работника, а также тот факт, что правонарушение возникло в связи с оказанием услуги. Сложность правового регулирования в медицине заключается в том, что в разных странах принципы и стандарты оказания медицинской помощи разные. В связи с этим существует отдельная отрасль права — медицинское право.

Перейдем к главному вопросу: принимать ли медицинского работника, который имеет судимость, на работу или нет? Этим вопросом задаются многие работодатели. Давайте разберемся, что значит судимость. Согласно Уголовному Кодексу РФ, это понятие характеризуется отрезком времени со дня вступления в законную силу обвинительного приговора суда и до момента погашения или снятия судимости [3]. Также для наступления судимости должны присутствовать два главных элемента: обвинительный приговор суда и вступление его в силу. Обвинительный приговор при этом должен быть с назначением наказания, подлежащего отбыванию. Если взять в качестве примера 40 приговоров в отношении медицинских работников за 2022 год на портале ГАС «Правосудие», то на первых трех позициях будут приговоры по статьям 292 УК РФ (служебный подлог), 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), 159 УК РФ (мошенничество и мошенничество при получении выплат) УК РФ [2]. Так-

же довольно распространенной статьей, по которой чаще всего привлекают к уголовной ответственности медицинских работников является 124 УК РФ (неоказание помощи больному). При этом многие не оказывают данную помощь не, потому что не хотят, а из-за того, что могут навредить больному, либо не уверены в своих силах, та как при оказании некачественной медицинской помощи, врача также могут привлечь к уголовной ответственности. Получается, что врач сталкивается с непростым выбором. Работодатель не всегда имеет право требовать справку о судимости при приеме на работу. Справка об отсутствии судимости нужна, если работа связана с несовершеннолетними или с хранением, транспортировкой, выдачей наркотических средств или психотропных веществ, а также с педагогической деятельностью. Также по данным доцента кафедры медицинского права Сеченовского Университета Светланы Поспелова, представленные в рамках пленарного заседания «Всероссийского форума по медицинскому праву», были озвучены врачебные специальности врачей, которых судят чаще всего: хирург, инфекционист (в 2021 году), терапевт, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, фельдшер отделения скорой помощи.

Мы нашли случай, который касается увольнения медицинского работника в связи с тем, что у него есть судимость. Акушер-гинеколог была уволена согласно статье 83 части 1 Трудового Кодекса. Врач подал иск о несогласии в городской суд, и решение было принято в пользу работодателя. После этого иск подан был в Верховный суд, который напротив, отменил решение предыдущего суда и удовлетворил исковые требования. Решение городского суда было отменено по нескольким причинам. Первая, и самая главная, решение суда противоречат конституционно — правовой позиции Конституционного Суда Российской Федерации, изложенной в Постановлении от 18 июля 2013 года №19-п. Вторая причина, это то, что не был принят к рассмотрению тот факт, что врач работала не в учреждении, занимающимся непосредственно несовершеннолетними, а в организации здравоохранения, в которой осуществлялся прием взрослых граждан. В-третьих, было нарушено право медицинского работника на выбор рода деятельности, так как другой специальности врач не имеет, а, следовательно, она не сможет устроиться и во взрослую поликлинику. В-четвертых, основанием для увольнения послужила не погашенная судимость преступления небольшой тяжести, а результаты проверки, когда оказывалась помощь совершеннолетнему пациенту, то есть прекращение трудового договора по статье 83 части 1 Трудового Кодекса неправомерны. В-пятых, доказательство того, что у акушера-гинеколога были нарушении в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, нет. Следовательно, врача восстановили, приказ об увольнении был отменен, а также были возвращены деньги за вынужденный прогул [5].

Теперь обратимся к статистике врачей в РФ. По данным Центрального НИИ организации и информатизации (ЦНИИОИЗ) Минздрава численность медицинских работников в 2022 году сократилось на 50000 человек, 10000 из которых врачи. Области, которые больше всего страдают от дефицита кадров, это: Липецкая, Брянская, Краснодарская, Челябинская, Чукотский автономный округ, Калмыкия. Что интересно, даже такой привлекательный регион, как Санкт-Петербург нуждается в среднем медицинском персонале. Глава профсоюза медработников «Действие» Андрей Коновал говорит: «Сокращение медицинских специалистов — далеко не новость, этот тренд мы наблюдаем последние 10 лет, с момента принятия майских указов. Любопытно, что указами была поставлена задача повышения кадрового потенциала отрасли, но на протяжении всех лет шло сокращение численности врачебного и младшего медперсонала. Единственное исключение — 2020 год, когда ввели ковидные доплаты и начали расширять штатное расписание. Но это касалось лишь позиций врачей и младшего медперсонала, который до сих пор сокращается: с 2013 до 2020 года количество медработников снизилась с 700 до 300 тысяч. Людей увольняли, переводили в

рабочие профессии — уборщиков, санитаров. Однако уже в 2021 году утечка кадров возобновилась по всем категориям. То, что за год сокращение составило 50 тысяч человек, — это гигантская цифра с учетом уже имеющегося дефицита!» [1]. Следовательно, необходимость во врачах есть. Так стоит ли принимать медицинских работников, имеющих судимость, на работу в медицинские профилактические учреждения? Об этом мы спросили у студентов Курского государственного медицинского университета.

Цель нашего исследования было изучение и анализ мнения студентов по поводу допуска к осуществлению медицинской деятельности врачей, имеющих судимость, и ряд других вопросов, касающиеся данной сферы. Предложить студентам проверить уровень своих знаний в опросе и спросить, готовы ли они отстоять свои права.

В ходе данного исследования применялся метод анонимного анкетирования. Всего было опрошено 565 студентов Курского государственного медицинского университета различных факультетов: лечебного, педиатрического, фармацевтического, стоматологического и медико-профилактического факультетов с 1-го по 6-й курсы (в основном 2 и 3 курсы). 75% анкетируемых — это девушки, а 25% — мужчины. Тестирование проходило на платформе YandexForms.

Первый вопрос, который был задан респондентам, звучал так: «Как Вы считаете, влияет ли наличие судимости на трудоустройство медицинского работника?». Утвердительно ответило 519 человек и 433 человека сказали, что не доверили бы свое здоровье или здоровье своих родных и близких врачу, который был осужден за причинение вреда здоровью пациента, но при этом 351 респондентов считают, что можно допустить медицинского работника к работе после того, как осужденный отбыл наказание или его судимость была погашена. Следующий вопрос звучал так: «Как Вы считаете, есть ли необходимость повторного прохождения процедуры аккредитации, если врач причинил вред пациенту и его вина была доказана, но врач получил условный срок или было назначено наказание в виде реального лишения свободы на определенный срок за причинение вреда жизни и здоровью пациента?». В первом случае (если срок условный) и во втором случае (если срок лишения свободы реальный) ровно половина студентов (по 450 респондентов на каждую ситуацию) считают, что необходимо повторно пройти процедуру аккредитации. Дальше вопрос касался медицинских работников, которые занимают руководящие должности, и он звучал так: «Может ли руководитель медицинской организации, который был осужден за совершение должностного преступления в виде получения взятки, или злоупотребление должностными полномочиями, после отбытия наказания, вновь принят на работу в медицинскую организацию, на руководящую должность», — ответ мы получили отрицательный (77%). Следующие вопросы касались правовой стороны. «Могут ли допустить врача к работе с несовершеннолетними пациентами, если он имеет судимость?» — так звучал первый вопрос. На него ответили 303 человека: могут, на усмотрение руководителя медицинской организации или руководителя регионального комитета здравоохранения. На вопрос о том, могут ли принять на работу медицинского работника, если он имеет судимость за причинение вреда здоровью пациента (преступление не относится к тяжкому и особо тяжкому), 306 человека дали положительный ответ «могут». Дальше студентам надо было ответить: верно, или нет. Первое утверждение: судимость прекращается по истечении установленного законом срока и не требует специального процессуального решения или снятии судимости в ходе установленной законом процедуры — 286 сказали, что верно, а 278, что это не так. Следующее утверждение: возникновение судимости обусловлено наличием трех элементов: обвинительного приговора суда, вступлением его в законную силу и заключение осужденного в местах лишения работы — согласились с этим утверждением 402 человека, а опровергли 164.

Далее мы предложили респондентам решить две задачи: «Ситуация: врач был

осужден по статье 233 УК РФ «Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ». Отбыв наказание, он хочет вернуться на прежнее место работы. Имеет ли право главврач принять на работу данного гражданина?» и еще одна ситуация: гражданин, имеющий образование по направлению медико — профилактическое дело, хочет устроиться работать в Роспотребнадзор. Он имеет погашенную судимость. По законодательству, могут ли принять его на работу, на государственную должность». На первую задачу, верно, ответили 440 человек, ответив, что нет, на прежнее место работы врача принять не могут. На вторую задачу, верно, ответили 395 человек, сказав, что гражданина могут принять на работу в Роспотребнадзор, если совершенное им преступление не входит в перечень тяжких и особо тяжких преступлений и не связано с превышением или злоупотреблением должностными полномочиями.

В другом нашем опросе, в котором приняли участие 320 человек, 300 респондентов считают, что изучение правовых дисциплин в медицинских университетах необходимо; 190 человек считают, что в случае правовых конфликтов, они смогут защитить себя, так как обладают достаточными знаниями в сфере медицинского права, а 100 человек уже применили эти знания; 170 человек становились свидетелями конфликтных ситуаций, в котором виноват был пациент, а 70 ответили, что виноват в конфликте был врач; 220 опрошенных знают, что клинические рекомендации обязательны к исполнению. В этом опросе принимали участие студенты второго, третьего и пятого курсов КГМУ, среди них 235 человек — это девушки, а остальные представители мужского пола различных факультетов: лечебный, педиатрический, стоматологический и медико-профилактический.

Также был задан вопрос процедурной медсестре одной из больниц о том, что она думает о допуске медицинского работника с судимостью к профессиональной деятельности. Она поделилась мнением, сказав нам о том, что прием таких сотрудников возможен при условии тщательной проверки их профессиональных навыков и психологического состояния. Ведь пребывание в местах лишения свободы меняет человека: кого-то сильнее, кого-то меньше. Также она сказала, что она бы пошла к такому врачу, если бы ей посоветовали другие люди, которые были у данного врача и остались довольны предоставленной услугой, но своего ребёнка, скорее всего бы у такого врача не лечила.

Таким образом, в Российской Федерации существует потребность в медицинских работниках. Следовательно, вопрос о том, стоит ли допускать людей с медицинским образованием и судимостью стоит достаточно остро. Ведь часто эти преступления совершены по неосторожности, либо степень тяжести преступления, совершенного медицинским работником небольшая. Также не стоит забывать то, что если и допускать такого медицинского работника к профессиональной деятельности, то он должен пройти соответствующую проверку, алгоритм которой надо разработать и утвердить. Также считаем, что регулированием медицинских конфликтов, должны заниматься лица, которые имеют хорошую базу знаний не только в уголовном и административном праве, но и в более узком — медицинском праве.

По результатам опроса также можно подвести итоги. Студенты в большей степени не доверяют врачам, у которых была судимость. Многие считают, что такие врачи должны проходить повторную аккредитацию, для проверки уровня их знаний для дальнейшей работы. Основы медицинского права студенты знают хорошо, но не отлично.

Список литературы:

1. В России катастрофически уменьшилось количество медиков // URL: https://www.mk.ru/social/2023/04/03/v-rossii-katastroficheski-umenshilos-kolichestvo-medikov.html?ysclid=lhz6hdg9nx53081498 (дата обращения: 23.05.2023).
2. Серебренникова А. В. Уголовная ответственность медицинских работников: дискуссионные вопросы // Социально-политические науки. 2021. №1. С. 53-58.
3. Судебное решение по вопросу увольнения медицинского работника в связи с имевшейся судимостью // URL: https://kormed.ru/baza-znaniy/sudebnoe-reshenie-po-voprosu-uvolneniya-meditsinskogo-rabotnika-v-svyazi-s-imevsheysya-sudimostyu/ (дата обращения: 01.11.2023).
4. Судимость медика и её влияние на трудоустройство: основы // URL: https://kormed.ru/baza-znaniy/nashi-analiticheskie-zaklyucheniya/sudimost-medika-i-ee-vliyanie-na-trudoustroystvo-osnovy/ (дата обращения: 23.05.2023).
5. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // «Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, №25, ст. 121, ст. 122.

Об авторах:

Серегин Артём Андреевич — студент 3 курса медико-профилактического факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, seregin300803@gmail.com

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Artem Andreevich Seregin — 3rd year student of the Faculty of Medicine and Prevention of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Серёгин А. А., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Серегин А. А., Симонян Р. З. О влиянии наличия судимости у медицинских работников на их трудоустройство // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 138-142.

For citation:

Seregin A. A., Simonyan R. Z. To the question of how the criminal record of medical workers affects their employment // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 138-142.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 15.10.2023 г.

Хачатрян В. А., Симонян Р. З.

О НЕОБХОДИМОСТИ ВВЕДЕНИЯ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРОПАГАНДУ ДЕТСКОГО ВЕГАНСТВА

Статья «О необходимости введения уголовной ответственности за пропаганду детского веганства» обосновывает актуальность и необходимость введения уголовной ответственности за пропаганду веганства среди детей. В статье представлены аргументы, опирающиеся на исследования и научные данные, которые указывают на потенциальные риски и проблемы, связанные с пропагандой веганства среди детей. Статья сфокусирована на необходимости введения уголовной ответственности за пропаганду детского веганства. В контексте обсуждения растущего интереса к веганской диете и её популяризации, особое внимание уделяется влиянию веганства на детей и их здоровье.

В статье обосновывается точка зрения о том, что введение уголовной ответственности за пропаганду детского веганства необходимо, чтобы защитить здоровье и благополучие детей. Обсуждаются потенциальные последствия пропаганды веганства, которые включают дефицит необходимых питательных веществ, витаминов и минералов, что может привести к задержке роста, ослаблению иммунной системы, а также развитию других физиологических проблем. Тема также раскрывает моральные и этические аспекты, связанные с веганской диетой для детей. такие как право детей на достойное питание и развитие. ребёнок, из рациона, которого исключили все продукты животного происхождения может столкнуться с белковой недостаточностью и ухудшением психофизического развития.

Заключительная часть статьи предлагает возможности решения проблемы введения уголовной ответственности за пропаганду детского и веганства и указывает на необходимость продолжения дальнейших исследований и обсуждений в этой области. В заключение подчеркивается, что защита здоровья детей должна быть одним из главных приоритетов общества и законодательства.

Ключевые слова: *уголовная ответственность, пропаганда, детское веганство, здоровье детей, исследование*

Vera Khachatryan, Rimma Simonyan

ON THE NEED TO INTRODUCE CRIMINAL LIABILITY FOR THE PROMOTION OF CHILD VEGANISM

The article «On the need to introduce criminal liability for the promotion of child veganism» justifies the relevance and necessity of introducing criminal liability for the promotion of veganism among children. The article presents arguments based on research and scientific data that point to potential risks and problems associated with the promotion of veganism among children. The article focuses on the need to introduce criminal liability for the promotion of child veganism. In the context of discussing the growing interest in the vegan diet and its popularization, special attention is paid to the impact of veganism on children and their health.

The article substantiates the point of view that the introduction of criminal liability for the promotion of child veganism is necessary to protect the health and well-being of children. The potential consequences of promoting veganism are discussed, which include a deficiency of essential nutrients, vitamins and minerals, which can lead to growth retardation, weakening of the immune system, as well as the development of other physiological problems. The topic also reveals the moral and ethical aspects associated with a vegan diet for children. such as the right of children to decent nutrition and development. A child who has been excluded from the diet of all animal products may face protein deficiency and deterioration of psychophysical development.

The final part of the article suggests ways to solve the problem of criminalizing the promotion of child and veganism and indicates the need to continue further research and discussions in this area. In conclusion, it is emphasized that the protection of children's health should be one of the main priorities of society and legislation.

Keywords: *criminal liability, propaganda, child veganism, children's health, research*

В последние десятилетия в мире наблюдается значительный рост интереса к веганской диете и образу жизни. Этот феномен свидетельствует о постепенном изменении потребительских предпочтений и более глубоком понимании важности экологии и заботы о животных. Однако, вместе с ростом популярности веганства, возникают вопросы и дискуссии о пропаганде этой философии, особенно в контексте детей и подростков. Спор о необходимости введения уголовной ответственности за пропаганду детского веганства становится все более актуальным и вызывает разносторонние мнения и аргументы [1]. В данной статье мы рассмотрим несколько аспектов, связанных с этой важной темой, и попытаемся разобраться в необходимости и возможных последствиях введения такой меры, а также выясним аргументы как за, так и против уголовной ответственности за пропаганду детского веганства [2].

В мире существует множество подходов к питанию, каждый из которых имеет своих сторонников и пропагандистов. Однако иногда преданность экстремальным диетам может иметь непредсказуемые и даже трагические последствия.

В августе 2017 года, следователи Екатеринбурга начали проверку после госпитализации годовалой девочки с признаками сильного истощения. По предварительным данным, причиной стало белковое голодание — родители вегетарианцы придерживались строгой диеты. Гемоглобин ребёнка не превышал 40, при норме для её возраста 115-175. ребёнку пришлось делать срочное переливание крови. Данные случаи не первые в России, когда родители-веганы придерживаясь строгой диеты, доводили своих детей до болезни и даже смерти.

Недавно в Краснодарском крае произошел ужасающий случай, в котором блогер-сыроед Максим Лютый, приверженец сыроедения и праноедения, был причастен к смерти своего месячного ребёнка.

Максим Лютый долгое время пропагандировал и практиковал сыроедение и праноедение — особым образом питание, основанное на потреблении не переработанных продуктов и осознанном вдыхании энергии солнца. Однако, в ходе судебного процесса, Лютый признался, что он употребляет мясо и иные продукты, несовместимые с его идеологией.

Этот случай является примером экстремной переходной фазы в жизни индивидуума, иллюстрирующей важность доброты и баланса в подходе к питанию. Веганство, как философия, стремится к исключению всех животных продуктов из рациона в целях этики и здоровья. Однако такие крайности, как праноедение или сыроедение, могут быть опасными и даже фатальными, особенно для младенцев и детей.

В данном случае, Лютый не только гимнастировал над своим собственным здоровьем, но и применил свою философию к своему новорожденному сыну. Он не только лишал малыша пищи и воды на сутки, но и игнорировал его здоровье и медицинскую помощь. Сигналы о возможном неблагополучии младенца были проигнорированы, что привело к его недолгой жизни [3].

В настоящее время в российском законодательстве отсутствуют нормативные акты, предписывающие ответственность для родителей, нарушающих нормы питания своих детей путем следования веганским или другим системам, исключающим мясо, если это не обосновано медицинскими показаниями. Ответственность для

таких родителей возникает лишь в случае трагических последствий.

Следование моде в пищевых практиках питания, безответственное отношение к информации в социальных сетях, восприимчивость к манипуляциям сознания в интернет-сообществах, пропагандирующих вегетарианское питание в том числе и для детей, отсутствие элементарных знаний о детской анатомии, физиологии, детской психологии, недоверие и игнорирование мнения педиатров, врачей-диетологов, отсутствие здорового климата в семье, понимания физического и социального мира ребёнка, создают условия для распространения рискованных, совершенно неоправданных моделей питания детей, практикуемых в некоторых семьях, которые наносят ущерб физическому и психическому здоровью детей и могут быть квалифицированы как жестокое обращение и неисполнение родителями обязанностей по защите прав и интересов своих детей.

В рамках реализации научно-исследовательской работы было проведено анонимное социологическое анкетирование с применением платформы «Yandex Forms», цель которого заключалась в выявлении общественного мнения по поводу необходимости введения уголовной ответственности за пропаганду детского веганства. В данном исследовании приняли участие 420 респондентов, среди которых было 300 (71,4%) женщины и 120 (28,6%) мужчин. Распределение по возрастным группам было следующим: от 18 до 20 лет — 367 (87,4%) респондентов; от 21 до 23 лет — 51 (12,1%) респондентов; от 24 до 26 лет — 2 (0,5%) респондентов. Среди опрошенных в большей степени жители города Курска 406 (96,7%).

По результатам опроса было выявлено, что 86,9% респондентов знают в чём заключается разница между вегетарианством и веганством. Многие люди проявляют интерес к своему здоровью и питанию. Знание разницы между вегетарианством (преимущественно растительной диетой, исключающей мясо) и веганством (полным исключением продуктов животного происхождения) может быть важным аспектом при выборе питания.

На вопрос «Как Вы относитесь к теме детского веганства?» 349 (83,1%) опрошенных ответили «категорически против детского веганства», 46 (11%) ответили, что «скорее отрицательно отношусь к детскому веганству», 20 (4,8%) — «нейтральное отношение к детскому веганству», 5 (1,2%) — «склоняюсь к поддержке детского веганства». Некоторые люди придерживаются определенных культурных или религиозных убеждений, которые могут запрещать определенные виды питания или воспринимать их как неприемлемые для детей. Влияние медиа и общественного мнения также может повлиять на мнение респондентов. Негативные статьи или истории о веганстве могут сформировать негативное отношение к этой теме.

Отвечая на вопрос «Как Вы считаете вегетарианство приносит вред здоровью» большинство респондентов (77,4%) выразили мнение о том, что вегетарианство приносит вред здоровью. Возможно, это связано с распространенными мнениями о дефиците определенных питательных веществ, таких как белки, железо, кальций или витамин B12, которые часто ассоциируются с животными продуктами. Они могут считать, что эти недостатки могут повлечь за собой негативные последствия для здоровья. Некоторые респонденты (18,8%) ответили, что вегетарианство не приносит вреда здоровью. Это могут быть люди, имеющие позитивный опыт жизни без животных продуктов и осознающие необходимость сбалансированного и разнообразного рациона, который может обеспечить все необходимые питательные вещества. Небольшая часть респондентов (3,3%) считает, что вегетарианство может быть полезным, если питание сбалансировано. Это означает, что они верят в то, что возможно поддерживать здоровье при отказе от мяса и других животных продуктов, при условии учета и компенсации всех необходимых питательных веществ. Два затруднившихся ответить респондента (0,5%) могут быть неопределенными или не иметь достаточной информации, чтобы дать четкий ответ на вопрос о вреде вегетарианства для здоровья.

По результат опроса было выявлено, что 392 (93,3%) респондентов считают, что пропаганда детского веганства является проблемой в современном обществе, 22 (5,2%) не согласны с этим, а 6 (1,5%) не слышали об этом. Респонденты могут сформировать свое мнение на основе того, что они слышат или видят в СМИ или социальных сетях. Если в СМИ акцентируется внимание на негативных аспектах детского веганства или случаях, когда дети страдают от недостатка питательных веществ, это может влиять на мнение респондентов и вызвать у них негативную реакцию. Также респонденты могут иметь определенный профессиональный или личный опыт, который влияет на их мнение о детском веганстве. Например, если респонденты работают в связанных с питанием или здоровьем областях, их мнение может быть основано на конкретных случаях или наблюдениях.

Отвечая на вопрос вредит ли веганство здоровью ребёнка, большая часть респондентов — 406 (96,7%) сказали, что да, а 12 (2,9%) человек — нет. Мнения большинства респондентов могут быть связаны с распространенными предположениями о рисках связанных с дефицитом некоторых питательных веществ, таких как белок, железо, кальций и витамин B12, которые обычно находятся в животных продуктах. Они могут также считать, что некоторые микроэлементы и питательные вещества, необходимые для полноценного развития детей, синтезируются только в животных продуктах.

На вопрос «Имеете ли Вы личный опыт или опыт знакомых, практикующих детское веганство?» 388 (92,4%) респондентов ответили «нет», 32 (7,6%) — «да».

По мнению респондентов, 350 (83,3%) поддерживают введение уголовной ответственности за пропаганду детского веганства, 60 (14,3%) — против, 2 (0,5%) — считают, что нужно вводить административную ответственность, остальная часть респондентов 8 (1,9%) придерживаются нейтрального положения. Респонденты, поддерживающие уголовную ответственность, могут считать, что детское веганство представляет риск для здоровья и нормального развития детей и поэтому должно быть запрещено и наказано законом. Они также могут опасаться, что пропаганда детского веганства может привести к неправильным пищевым выборам и недостатку необходимых питательных веществ у детей.

На вопрос «Если Вы «за» детское веганство, то почему Вы его поддерживаете» 40 (9,5%) респондентов за свободу выбора в питании без вмешательства государства, 9 (2,1%) считаю, что детское веганство не приносит вреда здоровью ребёнка, 42 (10%) ответили, что родители вправе сами выбирать режим питания для своего ребёнка, остальная часть опрошенных 329 (78,4%) — против.

На вопрос «Если Вы «против» детского веганства, то почему Вы не поддерживаете его», 212 (50,5%) против в связи с защитой прав ребёнка на получение полноценного питания, 192 (45,7%) — пропаганда веганства в любом возрасте является угрозой для здоровья, а остальное число респондентов, в частности, 16 (3,8%) «за» детское веганство. Респонденты, противники детского веганства, могут опасаться, что отказ от животных продуктов в детстве может привести к недостаткам питательных веществ и вредным последствиям для здоровья детей. Они также могут поддерживать право ребёнка на получение полноценного питания, и уверены в том, что пропаганда детского веганства может быть опасной для здоровья.

По результат опроса, 208(49,5%) респондентов считают, что к пропагандистам детского веганства следует применить уголовное наказание, 130 (31%) за введение административной ответственности (штрафы, арест), 39 (9,3%) — просветительскую работу против детского веганства, 34 (8,1%) — предупреждение и выявление случаев детского веганства, 9 (2,1%) — никакие меры не следует применять.

Родители имеют приоритетное право на воспитание своих детей. Вместе с тем, в соответствии со ст. 63 СК РФ, родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом,

духовном и нравственном развитии своих детей. При осуществлении родительских прав, родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей [4]. За неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями и иными законными представителями обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних установлена ответственность по ч. 1 ст. 5.35 КоАП РФ в виде предупреждения или штрафа в размере от 100 до 500 руб. [6].

Таким образом, общественное мнение поддерживает идею более жесткого контроля и пресечения пропаганды детского веганства, учитывая его вредные последствия для здоровья ребёнка. Однако, необходимо проведение дополнительных исследований и обсуждений, чтобы принять решение об установлении уголовной ответственности или других мер наказания в данной сфере. Важно также проводить просветительскую работу для осведомления общества об опасностях детского веганства и показать пути более здорового развития и питания для детей. Также необходимо введение запрета на рекламу как веганских детских продуктов питания, так и теоретических курсов, и практик.

Список литературы:

1. Бессчетнова О. В. Пищевое поведение детей в семьях вегетарианцев: забота о здоровье или жестокое обращение? // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. №4. С. 933-939.
2. Петрова Анна. Пропаганда веганства среди несовершеннолетних: проблемы и решения // Журнал «Этика и Право», 2019. №3. С. 45-60.
3. Шарыпова Ангелина, Назарчук Ангелина Нечеловеческий эксперимент над ребёнком: Мрачные тайны блогера-сыроеда, сын которого умер от голода // URL: https://www.spb.kp.ru/daily/27482. 5/4738444/ (дата обращения: 04.11.2023).
4. «Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 №223-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (дата обращения: 04.11.2023).
5. «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/ (дата обращения: 04.11.2023).

Об авторах:

Хачатрян Вера Артуровна — студент 2 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, 21vera07@mail.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Vera Arturovna Khachatryan — 2nd year student of the Faculty of Medicine of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Хачатрян В. А., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Хачатрян В. А., Симонян Р. З. О необходимости введения уголовной ответственности за пропаганду детского веганства // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 143-148.

For citation:

Khachatryan V. A., Simonyan R. Z. On the need to introduce criminal liability for the promotion of child veganism // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 143-148.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 13.11.2023 г.

Чепеницкая О. А., Симонян Р. З.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ ФОТО- И ВИДЕОСЪЕМКИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В данной статье рассматриваются правовые аспекты фото- и видеосъемки в медицинских учреждениях. Данная проблема достаточно актуальна в наше время. Благодаря СМИ информация о конфликтах между врачами и пациентами, вызванная несогласованной фото- или видеосъёмкой, доступна для свободного изучения. Люди, пришедшие на прием в медицинское учреждение обычно не знают, что только в определённых случаях можно осуществлять съемку. Чаще всего пациенты в состоянии агрессии снимают на видео действия врачей, но выкладывают в интернет-сеть нарезку из видеоматериала, который сделали на приеме, где вырезают свои реплики, чтобы дискредитировать медицинского работника. Поэтому в статье рассматриваются вопросы о правах и обязанностях пациентов при осуществлении ими фото и видео съемки, в каких случаях возможна фото- и видеосъёмка, как студенты медицинских вузов относятся к тому, что врачей снимают на приеме, а также к чему может привести фото и видеосъёмка в медицинском учреждении.

Ключевые слова: *видеосъёмка, фотосъемка, медицинское учреждение, видеоматериалы, пациенты, медицинский персонал, врачи*

Olga Chepenitskaya, Rimma Simonyan

LEGAL PROBLEMS OF PATIENTS TAKING PHOTOS AND VIDEOS IN MEDICAL INSTITUTIONS

This article discusses the legal aspects of photo and video shooting in medical institutions. This problem is quite relevant in our time. Thanks to the media, information about conflicts between doctors and patients caused by uncoordinated photo or video shooting is available for free study. People who come to an appointment at a medical institution usually do not know that only in certain cases it is possible to take pictures. Most often, patients in a state of aggression videotape the actions of doctors, but upload to the Internet a cut from the video material that was made at the reception, where they cut out their replicas in order to discredit the medical worker. Therefore, the article discusses the rights and obligations of patients when they take photos and videos, in which cases photo and video shooting is possible, how students of medical universities relate to the fact that doctors are filmed at the reception, as well as what photo and video shooting in a medical institution can lead to.

Keywords: *videography, photo shooting, medical institution, video materials, patients, medical staff, doctors*

В XXI веке неотъемлемой частью жизни всех людей, проживающих в социуме, являются информационные технологии. Благодаря гаджетам информация из одного уголка планеты с легкостью способна попасть в совершенно другой, отдаленный уголок. В этом способе распространения информации достаточно много плюсов, но несмотря на это есть некоторые отрицательные факторы, которые показывают, что не всегда хорошо владеть информацией. Во-первых, люди имеют способность злоупотреблять своими правами и воспроизводить фото- или видеосъёмку в местах, запрещающих это делать. Во-вторых, на фото- или видео могут попадать незнакомые люди, которые не давали согласия на осуществление этого процесса. В социальных сетях или интерне-

те можно часто увидеть материалы, которые были сделаны в медицинских учреждения как пациентами, так и медицинским персоналом. На видео, которые попадают в интернет можно наблюдать конфликтные ситуации, в которых чаще всего врачей, медицинских сестер или братьев, санитаров обвиняют в халатном отношении при оказании медицинской помощи.

Целью нашего исследования явился анализ результатов проведенного опроса и выяснение отношения студентов медицинских вузов к осуществлению фото- и видеосъёмки в медицинских учреждениях, которые осуществляют пациенты вне зависимости от согласия медицинского персонала.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено с помощью анонимного анкетирования на «YandexForms». Участие приняли 457 респондентов, которые являются студентами медицинских высших образовательных организаций. Возраст и курс опрашиваемых был самым разнообразным, что позволило лучше подойти к изучению вопроса о праве на фото- и видеосъёмку в медицинских учреждениях.

Результаты исследования. В период с 25 сентября 2023 года по 05 октября 2023 года проводилось анонимное анкетирование, который включало в себя 19 вопросов. За 11 дней удалось узнать мнение на проводимую тему у 457 респондентов.

В опросе приняли участие 71,6% лица женского пола и 28,4% лица мужского пола. Возрастные промежутки также были разнообразными «меньше 18» составил небольшой процент — 2%; наибольшее количество с результатом в 90,2% оказалось в «18-20»; категорию «21-25» выбрали 7,4% респондентов; в опросе были не задействованы люди с возрастом «26-30»; самую малочисленную возрастную категорию составили опрошенные «старше 30», на долю этого варианта пришлось 0,4% (см. табл. 1).

Таблица 1.

Распределение респондентов по полу и возрасту

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Пол		
Мужской	130	28,4
Женский	327	71,6
Возраст		
Меньше 18	9	2
18-20	412	90,2
21-25	34	7,4
26-30	—	—
Старше 30	2	0,4

На вопрос о факультете 72,4% респондентов ответили, что обучаются на лечебном факультете; 13,3% студентов на педиатрическом факультете; 6,3% являются студентами стоматологического факультета; 4,2% студентов учатся на медико-профилактическом факультете; к факультету клинической психологии относятся 2,6% опрошенных; к ординаторам относятся 0,8% респондентов; фармацевтический факультет составляет 0,4%. В опросе приняли участия все из 6 возможных курсов медицинского университета. Первый курс составил 10,3%; второй курс 52,3%; третий курс 33%; четвертый курс 3,2%; пятый курс 0,8%; шестой курс 0,4% (см. табл. 2).

Основная часть опроса показала, что студенты имею свою точку зрения на поставленные вопросы. Многие вносили в графу «другое» свои варианты ответа на вопрос, что помогло лучше рассмотреть тему фото- и видеосъёмки в медицинских учреждениях. «Можно ли вести фото- и видеосъёмку в медучреждении?» по ответам респонденты

Таблица 2.

Распределение респондентов по курсам и факультетам

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Курс		
1 курс	46	10,3
2 курс	238	52,3
3 курс	151	33
4 курс	14	3,2
5 курс	3	0,8
6 курс	2	0,4
Факультет		
Лечебный	331	72,4
Педиатрический	61	13,3
Стоматологический	29	6,3
Фармацевтический	2	0,4
Медико-профилактический	19	4,2
Клинической психологии	12	2,6
Ординатура	3	0,8

проголосовали» да» 56,3%; 41,1% «нет»; далее анкетируемые предлагали свои варианты ответов на данный вопрос: обобщая ответы можно сказать, что 1,6% респондентов ответили про возможность производить фото- и видеосъёмку «с согласия» лица, которое снимают; «в кабинете при согласии врача или в коридоре медорганизации» ответили 0,2% респондентов; «можно, но не при людях» 0,2%; «можно когда угрожает опасность» 0,2%; «да, но только в специально отведенных местах и без нарушения конфиденциальности» 0,2%; «если съемка не скрытой камерой и согласованна» 0,2%. На самом деле, правильный ответ на данный вопрос: без разрешения медицинского персонала нельзя вести фото- и видеосъёмку в медицинском учреждении. Нет законов запрещающих снимать в больницах/поликлиниках/платных клиниках. Данный запрет может ввести сама организация, прописав его в уставе. Более подробно об этом будет говориться в следующих вопросах.

«Можно ли снимать на видео медицинских работников?». За вариант «да, но только с согласия медработника» проголосовало 72,9% опрошенных; 19,3% выбрали «нет, нельзя снимать медработников»; 7,2% считают, что снимать медработников можно всегда; 0,2% «смотря по ситуации» и 0,4% «в учебных целях/если есть какая-то угроза». Правильный ответ на этот вопрос: съёмка медицинских работников может производиться, но, если не нарушаются их права. Любой врач или медицинская сестра в первую очередь являются индивидами, которые обладают правами, данные им при рождении. Именно запрет на съемку без согласия можно обусловить в соответствии с ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ (Федеральный закон «О персональных данных») [4]. Также материалы, полученные без согласия, не могут использоваться в суде или в отделении полиции в качестве доказательств, так как данный способ получения фото- или видеоматериала является незаконным (см. табл. 3).

«Когда нельзя вести видеосъёмку?». На данный вопрос респонденты помимо основных вариантов ответа предложили большое количество своих. 42,5% ответили, что вести съемку запрещено только на предприятиях, которые используют охраняемые законодательством технологии при производстве; 33,5% в случае, если гражданин сам запретил это делать; 19% в местах,

Таблица 3.

Распределение ответов респондентов о возможности фото- и видеосъёмки

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Можно ли вести фото- и видеосъёмку в медицинском учреждении?		
Да	245	56,3
Нет	196	41,1
С согласия	8	1,6
В кабинете при согласии врача — да, в коридоре — да	1	0,2
Можно всё, но не при людях	1	0,2
Можно в учебных целях/когда угрожает опасность	1	0,2
Да, но только в специально отведенных местах и без нарушения конфиденциальности	1	0,2
Если она открытая, согласованная	1	0,2
Можно ли вести фото- и видеосъёмку медицинских работников?		
Да, но только с согласия медработника	333	72,9
Нет, нельзя снимать медработников	88	19,3
Смотря по ситуации	1	0,2
В учебных целях/если есть какая-то угроза	2	0,4
Снимать медработников можно всегда	36	7,2

куда без разрешения не попасть; 0,8% видеосъёмку можно делать всегда; 1,4% считают, что правильными вариантами ответа являются первые три предложенных (вести съемку запрещено только на предприятиях, которые используют охраняемые законодательством технологии при производстве; в случае, если гражданин сам запретил это делать; в местах, куда без разрешения не попасть); 0,6% выбрали первый и третий варианты (вести съемку запрещено только на предприятиях, которые используют охраняемые законодательством технологии при производстве; в местах, куда без разрешения не попасть); 1% опрошенных выбрал все предложенные варианты, то есть первый, второй, третий и четвертый (вести съемку запрещено только на предприятиях, которые используют охраняемые законодательством технологии при производстве; в случае, если гражданин сам запретил это делать; в местах, куда без разрешения не попасть; видеосъёмку можно делать всегда); 0,2% не знают ответа на поставленный вопрос; 0,2% утверждают, что нельзя нигде снимать без согласия; 0,2% ответили, что нет закона, запрещающего вести видеосъёмку. Фото- и видеосъёмку можно вести в том случае, если права пациентов и медицинского персонала не нарушаются. Также на материалы съемки не должны попадать документы, в которых содержится информация о пациентах, например, амбулаторная карта. Однако, в Федеральном законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5], ничего не говорится об ограничениях на фото- и видеосъёмку.

На вопрос «Можно ли фотографировать пациента?», ответили «Да, но только с согласия пациента» 68,9% респондентов; второй по популярности ответ составляет 27,6% и звучит, как «Нет, нельзя снимать пациента»; 3,1% считают, что «Да, всегда можно снимать пациента»; 0,2% опрошенных придерживаются варианта «Смотря по ситуации». Так как пациенты являются физическими лицами, которые имеют права, любая съемка, которая была произведена без согласия является незаконной и недопустимой. При получении согласия съемка становится доступной и разрешенной.

Отвечая на вопрос «Можно ли снимать человека без его согласия на рабочем ме-

сте?» 2,8% респондентов выбрали вариант «Да, всегда». «Да, но нельзя публиковать фото- или видео без их согласия» — с этим утверждением согласились 22,3%; «Нет, нельзя» 74,4%; «Смотря по ситуации» 0,2%; «Да, если угрожает опасность» 0,2%. Можно считать, что любая съемка без разрешения считается незаконной, поэтому местонахождение человека, в данном случае, не зависит от возможности снимать фото- или делать видео. Из этого можно сделать вывод, что фото– и видеосъемка без согласия медработника, если он находится в этот момент на своем рабочем месте запрещена.

Таблица 4.

Распределение ответов респондентов о возможности фото- и видеосъёмки

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Когда нельзя вести фото- и видеосъёмку?		
Вести съемку запрещено только на предприятиях, которые используют охраняемые законодательством технологии при производстве	194	42,5
В случае, если гражданин сам запретил это делать	153	33,5
В местах, куда без разрешения не попасть	87	19
Видеосъёмку можно делать всегда	4	0,8
Смотря по ситуации	7	1,4
Первые три предложенных варианта	3	0,6
Первый и третий варианты	3	0,6
Все предложенные варианты	5	1
Не знают ответа на поставленный вопрос	1	0,2
Нельзя нигде снимать без согласия	1	0,2
Нет закона, запрещающего вести видеосъёмку	1	0,2
Можно ли вести фото- и видеосъёмку пациента?		
Да, но только с согласия пациента	345	68,9
Нет, нельзя снимать пациента	138	27,6
Да, всегда	15	3,1
Смотря по ситуации	1	0,2
Только живого	1	0,2
Можно ли вести фото- и видеосъёмку сотрудника на его рабочем месте?		
Да, всегда	14	2,8
Да, но нельзя публиковать фото или видео без их согласия	102	22,3
Нет, нельзя	340	74,4
Смотря по ситуации	1	0,2
Да, если угрожает опасность	1	0,2

Респондентам был предложен вопрос: «Можно ли привлечь к ответственности за фото/видеосъёмку?» и пять вариантов ответа к вопросу. Первый вариант ответа — «Да, к уголовной ответственности», ответили 12% опрошенных; второй — «Да, к административной» выбрали 44,9% опрошенных; третий — «Да, к гражданской» составили 8,5%; четвертый — «Можно привлечь ко всем вышеперечисленным видам ответственности» 21,7%; и 12,9% респондентов выбрали «затрудняюсь ответить». Здесь необходимо уточнить, что лицо, осуществляющее фото- или видеосъёмку, могут получить иск от гражданина, чье изображение было на отснятом материале, в том

случае, если съемка была не в общественном месте и, если материалы были выложены в сеть Интернет. Также каждый человек имеет право на неприкосновенность частной жизни, в следствие этого, фото- и видеоматериалы, снятые на скрытую камеру, являются незаконными согласно ч. 1 ст. 23 Конституции РФ [1].

«Осуществляли ли Вы фото- и видеосъёмку в медучреждениях?». На этот вопрос респонденты ответили «Да» в 17,3% случаев; «Нет» — в 81,6%; «Делала кадры, когда я лежала под капельницей и саму эстетику больницы (вид из окна, красиво упавший свет)» 0,2%; «Фотографирую информацию о расписании врачей» 0,2%; «Собственное фото» 0,2%; «Один раз на практике» 0,2%; «Я снимал тик ток» 0,2%. Информация, полученная в результате ответов студентов, является важной, так как она позволяет узнать их отношение к съемке в медицинских учреждениях.

Распределение вариантов ответов на вопрос «Можно ли производить фото- и видеосъёмку на приеме у врача или при вызове его на дом?» было следующим: «Да, чтобы соблюсти правильно все предписания врача» — 6,8%; «Нет, я итак все запоминаю» — 45,1%; «По необходимости» — 45,5%; «Нельзя» 1,4%; «С согласия врача» — выбрали как вариант ответа 1%». Съемка может производиться по мере необходимости пациентом, но для этого необходимо взять согласие на видеосъемку у медицинского персонала, который был задействован в этой съемке. В случае отказала врача, медицинской сестры от съемки пациент не может её вести (см. табл. 5).

Таблица 5.

Распределение ответов респондентов о возможности фото- и видеосъёмки

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Можно ли привлечь к ответственности за фото- и видеосъёмку?		
Да, к уголовной	55	12
Да, к административной	205	44,8
Да, к гражданской	39	8,5
Можно привлечь ко всем вышеперечисленным видам ответственности	99	21,7
Затрудняюсь ответить	59	12,9
Осуществляли ли Вы фото- и видеосъёмку в медицинских учреждениях?		
Да	79	17,3
Нет	373	81,6
Делала кадры, когда я лежал под капельницей и саму эстетику больницы (вид из окна, красиво упавший свет)	1	0,2
Фотографирую информацию о расписании врачей	1	0,2
Личные фото	1	0,2
Один раз на практике	1	0,2
Я снимал тик ток	1	0,2
Нужно ли производить фото- и видеосъёмку сотрудника на приеме у врача или вызове его на дом?		
Да, чтобы соблюсти правильно все указания врача	31	6,8
Нет, я, итак, все запоминаю	206	45,1
По необходимости	208	45,5
Нет	7	1,4
С согласия врача	5	1

«Где можно использовать материалы фото- и видеосъёмки?». Самое большое количество респондентов проголосовало за вариант: «Для представления сотрудникам правоохранительных органов» 40,5%; «Как доказательство в суде» 34,4%; «Нигде нельзя использовать материалы фото- и видеосъёмки» 24,3%; «Для СМИ» 0,2%; затруднились ответить 0,2%. Можно сказать, что любые фото- и видеоматериалы, которые были получены незаконным образом, то есть без согласия на съёмку или же в месте, запрещающем вести запрещающем её вести, не смогут быть учтены. Зачастую СМИ способны в новостных репортажах выкладывать отрывки из видео, но, чтобы не нарушить ничьи права, то при обработке лица и данные участников роликов сохраняются в тайне.

При съемке фото- и видео все материалы остаются на электронном носителе, как минимум для частного пользования, именно поэтому для студентов был предложен вопрос: «Можно ли использовать материалы фото- и видеосъёмки в личных целях?». Варианты ответов были следующие: «Да, но только с согласия гражданина» 48,6%; «Нет, нельзя использовать ни под каким видом» 39,2%; «Да, всегда» 5,5%; «Да, согласия того, кого снимают не нужно» 6,8%. В данном случае распространение фото- и видео без согласия лиц, которые попали на кадры, является незаконным. Следовательно, распространение материалов в личных целях попадает под ГК РФ Статья 152.1 [2], в котором говорится, что всегда должно быть получено разрешение на использование фотографий и видеороликов (см. табл. 6).

Таблица 6.

Распределение ответов респондентов о возможностях использования материалов фото- и видеосъёмки

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Где можно использовать материалы фото- и видеосъёмки?		
Для представления сотрудникам правоохранительных органов	185	40,5
Как доказательство в суде	157	34,4
Нигде нельзя использовать материалы фото- и видеосъёмки	111	24,3
Для доказательства в суде, СМИ	1	0,2
Первый и второй предложенные варианты	1	0,2
Затрудняюсь ответить	1	0,2
Можно ли использовать материалы фото- и видеосъёмки в личных целях?		
Да, но только с согласия гражданина	222	48,6
Нет, нельзя использовать ни при каких условиях	179	39,2
Да, всегда	25	5,5
Да, согласия того, кого снимают не нужно	31	6,8

Современное поколение зависит от гаджетов, по причине того, что по мимо информации, которая хранится на телефоне, он является средством связи, например, с помощью мессенджеров и вызовов. В следствии этого респонденты отвечали на вопрос: «Медицинские работники могут пользоваться гаджетами для личного использования на рабочем месте?». 48,6% ответили, что могут в обеденный перерыв; 40,3% придерживаются мнения, что только с согласия медработника; 7,9% проголосовали за то, что нельзя пользоваться гаджетами без согласия пациента; 3% ответили, что нельзя пользоваться гаджетами на рабочем месте; 0,2% гаджетами можно пользоваться по необходимости. Законодательство не вносит запрета на использование

работником телефона (гаджета) на рабочем месте. Но работодатель вправе озвучить на это запрет в локальных актах, что позволяет установить свои порядки при использовании работниками мобильных телефонов.

«В случае фото- и видеосъёмки пациентом, его можно попросит покинуть медицинское учреждение/кабинет врача?». Большая часть респондентов в количестве 51,4% выбрала: «Можно остановить прием и вызвать охрану»; «Нельзя требовать пациента покинуть кабинет при фото- и видеосъёмке» выбрали 24,1%; 25% ответили «Да, можно»; «Если это мешает оказанию помощи другим пациентам» о. 2%. Ответ: «Сказать пациенту, что не давал согласие на съемку и попросить покинуть помещение» выбрали 0,2%; «Уточнить у пациента цель фото/видео» 0,2%; «Смотря ситуации» 0,2%; «Затрудняюсь ответить» 0,6%. Врач может попросить покинут пациента кабинет в том случае, если будут нарушены правила поведения, прописанные в данной медицинской организации.

«Может ли медицинское учреждение вводить право на запрет фото- и видеосъёмки?». Этот вопрос содержит следующие варианты ответов: «Да, если издать локальный нормативный акт», так ответили 60% опрошенных; «Да, есть такой закон», 22,3% студентов считают этот ответ верным; «Нет, не может» 16,2% респондентов и 1,5% затрудняются ответить на этот вопрос. Большинство студентов правильно выбрали ответ, что для запрета на осуществление проведения фото- и видеосъёмки медицинская организация может ввести локальный правовой акт, который будет ограничивать пациентов и медработников на проведение таких действий (см. табл. 7).

Таблица 7.

Распределение ответов респондентов о праве медицинских работников и пациентов на фото- и видеосъёмку

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Могут ли медицинские работники пользоваться гаджетами для личных целей на рабочем месте?		
Могут в обеденный перерыв	222	48,6
Только с согласия медработника	184	40,3
Только с согласия пациента	40	7,9
Нельзя пользоваться гаджетами на рабочем месте	15	3
Гаджетами можно пользоваться по необходимости	1	0,2
В случае осуществления фото- и видеосъёмки пациентом, его можно попросить покинуть медицинское учреждение/кабинет врача?		
Можно остановить прием и вызвать охрану	235	51,4
Нельзя требовать пациента покинуть кабинет при фото- и видеосъёмке	110	24,1
Да	105	25
Если это помешает оказанию помощи другим пациентам	1	0,2
Сказать пациенту, что не давал согласие на съемку и попросить покинуть помещение	1	0,2
Уточнить у пациента цель фото/видео	1	0,2
Смотря по ситуации	1	0,2
Затрудняюсь ответить	3	0,6
Может ли медицинское учреждение вводить запрет на право фото- и видеосъёмки?		
Да, если издать локальный нормативный акт	274	60
Да, есть такой закон	102	22,3
Нет, не может	74	16,2
Затрудняются ответить	7	1,5

В случае, когда фото- или видеосъёмка произошли в кабинете врача, работники поступают по-разному — кто-то отказывается продолжать прием, а кто-то, не смотря на съемку, продолжает оказывать медицинскую помощь. Для формирования представления об отношении к этому для респондентов нами был сформулирован следующий вопрос: «Могут ли медицинские работники отказывать в оказании помощи в случае фото- и видеосъёмки?». Вариант «Да, то только если пациенту не требуется экстренная медицинская помощь» был выбран в 49,9% случаев; 35,4% ответили «Нет, не могут отказать»; 14% считают «Да, могут отказать»; 0,2% «Смотря по ситуации»; 0,6% затрудняются ответить на этот вопрос. Отказать в оказании медицинской помощи медицинский работник не может, так как в соответствии с ст. 11 323-ФЗ [5] отказ в оказании медпомощи не допускается.

Ответы на вопрос «Нарушаются ли права медицинских работников, если пациент осуществляет их фото- и видеосъёмку?» были распределены следующим образом: 67,7% — «Да, но только если изображения врача были использованы без его согласия»; 24,7% — «Да, всегда»; 7,2% — «Нет, пациент может использовать данные фото- и видео съемки без согласия медработников»; 0,4% — «Смотря по ситуации». В медицинских учреждения запрещена фото- и видеосъёмка, так как это нарушение Федерального закона №152 [4]. На одном из многочисленных интернет-ресурсов житель Новосибирска разместил данную информацию. Он заметил, что в его поликлинике вывесили новое объявление, в котором как раз говорится о запрете на съемку. Скорее всего до запрета были случаи, когда пациенты производили видеосъемку в отношении медицинских работников (см. табл. 8).

Таблица 8.

Распределение ответов респондентов о правах медицинских работников при фото- и видеосъёмке

Варианты ответов	Абсолютные показатели	Относительные показатели, %
Могут ли медицинские работники отказывать в оказании помощи в случае фото- и видеосъёмки?		
Да, то только если пациенту не требуется срочная медицинская помощь	228	49,9
Нет, не могут отказать	162	35,4
Да, всегда	64	14
Смотря по ситуации	1	0,2
Затрудняются ответить на этот вопрос	3	0,6
Нарушаются ли права медицинских работников при их фото- и видеосъёмке?		
Да, но только если изображения врача были использованы без его согласия	309	67,7
Да, всегда	113	24,7
Нет, пациент может использовать данные фото и видео съемки без согласия медработников	33	7,2
Смотря по ситуации	2	0,4

Результаты проведённой исследовательской работы показали, что респонденты, выбирая ответы на поставленные вопросы, показали слабые, поверхностные знания о правовых аспектах, касающихся разрешения на ведение фото- и видеосъёмки в медицинских учреждениях. Так как по результатам опроса многие студенты считали недопустимые, с правовой точки зрения, действия нормальными, которые можно осуществлять пациентам по отношению к персоналу больниц. Также в следствие проведенного анкетирования выяснилось, что опрошенные сами давали ответы на многие

поставленные вопросы. Это важная деталь, которая позволяет понять, что, во-первых, студенты сами могли быть участниками конфликтов, связанных с правовыми решениями осуществления съёмки. Во-вторых, респонденты были свидетелями конфликтов, вызванных возмущениями персонала на фото- и видеосъёмку.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 12.10.2023).
2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения: 12.10.2023).
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 12.10.2023).
4. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 12.10.2023).
5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 12.10.2023).

Об авторах:

Чепеницкая Ольга Алексеевна — студент 2 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, olga.chepenitskaya@gmail.com

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета, кандидат исторических наук, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Olga Alekseevna Chepenitskaya — 2nd year student of the Faculty of Medicine of the Kursk State Medical University, Kursk

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University, PhD, Kursk

© Чепеницкая О. А., Симонян Р. З., 2023

Для цитирования:

Чепеницкая О. А., Симонян Р. З. Правовые проблемы осуществления пациентами фото- и видеосъемки в медицинских учреждениях // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2023. №3-4 (21-22). С. 149-158.

For citation:

Chepenitskaya O. A., Simonyan R. Z. Legal problems of patients taking photos and videos in medical institutions // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2023. №3-4 (21-22). P. 149-158.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 9.11.2023 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 УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПО СОГЛАСОВАНИЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН.

НАПРАВЛЯЯ СТАТЬЮ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛ, АВТОР СОГЛАШАЕТСЯ, В СЛУЧАЕ ЕЁ ПРИНЯТИЯ, С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ К ТЕКСТУ РАБОТЫ НА САЙТАХ РАЗМЕЩЕНИЯ ИЗДАНИЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ.

НАПРАВЛЕНИЕ В РЕДАКЦИЮ РАНЕЕ ОПУБЛИКОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИЛИ УЖЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДРУГИЕ ИЗДАНИЯ, НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ

ОБЪЕМ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ОБЗОРНЫХ СТАТЕЙ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ДВАДЦАТИ ТЫСЯЧ (20 000) ЗНАКОВ. ОБЪЕМ ПУБЛИКАЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ, РЕЦЕНЗИИ – ДО ДЕСЯТИ ТЫСЯЧ (10 000) ЗНАКОВ; ИНФОРМАЦИОННЫЕ СООБЩЕНИЯ – ДО ПЯТИ ТЫСЯЧ (5 000) ЗНАКОВ. ПРОБЕЛЫ, А ТАКЖЕ ОБЪЕМ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ СПИСКИ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЭТОМ УЧИТЫВАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ.

ТЕКСТ РАБОТЫ И ПРИЛАГАЕМЫЕ К НЕМУ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ, ОРФОГРАФИЧЕСКИХ И СТИЛИСТИЧЕСКИХ ОШИБОК.

В КАЧЕСТВЕ РЕДАКТОРА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАН ЛЮБОЙ ТЕКСТОВЫЙ ПРОЦЕССОР (MICROSOFT WORD, TEXTEDIT, OPENOFFICE И ДР.). ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТАТЬИ *.DOC, *.DOCX, *.RTF ИЛИ *.ODT.

ШРИФТ – TIMES NEW ROMAN, КЕГЛЬ 14, МЕЖСТРОЧНЫЙ ИНТЕРВАЛ 1,5.

АБЗАЦНЫЙ ОТСТУП – 1,25 ММ. **НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ АБЗАЦНОГО ОТСТУПА ПУТЕМ ОТБИВОК.**

ПОЛЯ: ВЕРХНЕЕ И НИЖНЕЕ – 2 СМ, ЛЕВОЕ – 3 СМ, ПРАВОЕ – 1 СМ.

НУМЕРАЦИЯ СТРАНИЦ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНА.

ТАБЛИЦЫ ОФОРМЛЯЮТСЯ ПОДОБНО ОСНОВНОМУ ТЕКСТУ. ТАБЛИЦЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ, ИМЕТЬ НАЗВАНИЯ, ЗАГОЛОВКИ ГРАФ И СТРОК, БЫТЬ НАГЛЯДНЫМИ, НЕ ПЕРЕГРУЖЕННЫМИ. ДОПУСКАЕТСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ТАБЛИЦ, А ТАКЖЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НА НЕСКОЛЬКИХ СТРАНИЦАХ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В ТАБЛИЦАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ГРАФИКОВ И ДИАГРАММ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАБЛИЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ (MICROSOFT EXCEL, OPENOFFICE).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ИСХОДНОГО ФАЙЛА ИСПОЛЬЗОВАННОГО ТАБЛИЧНОГО РЕДАКТОРА, А НЕ ТОЛЬКО ПОСТРОЕННОГО НА ЕГО ОСНОВАНИИ ИЗОБРАЖЕНИЯ, ВНЕДРЕННОГО В ОСНОВНОЙ ТЕКСТ СТАТЬИ. ПРИ ОТСУТСТВИИ ИСХОДНЫХ ФАЙЛОВ ГРАФИКИ И ДИАГРАММЫ БУДУТ ИСКЛЮЧАТЬСЯ ИЗ ПУБЛИКАЦИИ.

ПРИ НАЛИЧИИ ИЗОБРАЖЕНИЙ, СОЗДАВАЕМЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРАФИЧЕСКИХ РЕДАКТОРОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ИСХОДНЫЙ ФАЙЛ В ОДНОМ ИЗ СТАНДАРТНЫХ ФОРМАТОВ (*.TIF, *.JPG, *.BMP, *.WMF, *.EMF И ДР.) В РАЗРЕШЕНИИ НЕ МЕНЕЕ 300 ТОЧЕК НА ДЮЙМ.

ВСЕ РИСУНКИ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, ИДЕНТИЧНЫЙ УКАЗАННОМУ В ТЕКСТЕ СТАТЬИ, ЗАГОЛОВОК, УКАЗАННЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОД ИЗОБРАЖЕНИЕМ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В РИСУНКАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ФОРМУЛЫ, ВЫРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В ФОРМУЛЬНЫХ РЕДАКТОРАХ: MICROSOFT EQUATION, MATHTYPE И ДР.

В КАЖДОЙ ПУБЛИКАЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- фамилия, имя, отчество всех авторов полностью
- полное наименование организации – место работы каждого автора в именительном падеже, город
- должность, звание, ученая степень авторов
- адрес электронной почты каждого из авторов
- почтовый адрес и контактный телефон (допускается указание одного адреса для всех авторов)

НАЗВАНИЕ ПУБЛИКАЦИИ

АННОТАЦИЯ

- размер аннотации не более 1000 и не менее 400 знаков, включая пробелы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

- ключевые слова или словосочетания, отделяемые друг от друга запятой. Обращаем внимание на то, что следует направлять не фразы, а именно ключевые слова или словосочетания.

ОСНОВНОЙ ТЕКСТ РАБОТЫ И ОСТАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ ЦИТАТЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ССЫЛКИ НА ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ ЦИФРОВЫХ ССЫЛОК В ТЕКСТЕ СТАТЬИ И В СПИСКЕ ЛИТЕРАТУРЫ. В СЛУЧАЕ УКАЗАНИЯ ИСТОЧНИКА В ТЕКСТЕ, СЛЕДУЕТ В КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ УКАЗЫВАТЬ ТОЛЬКО ЕГО ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, СОГЛАСНО СПИСКУ.

ССЫЛКИ НА НЕОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ.

ОФОРМЛЕНИЕ ПРИСТАТЕЙНЫХ ССЫЛОК И/ИЛИ СПИСКОВ ПРИСТАТЕЙНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ГОСТ 7.0.5-2008. «БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ССЫЛКА. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ И ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ»

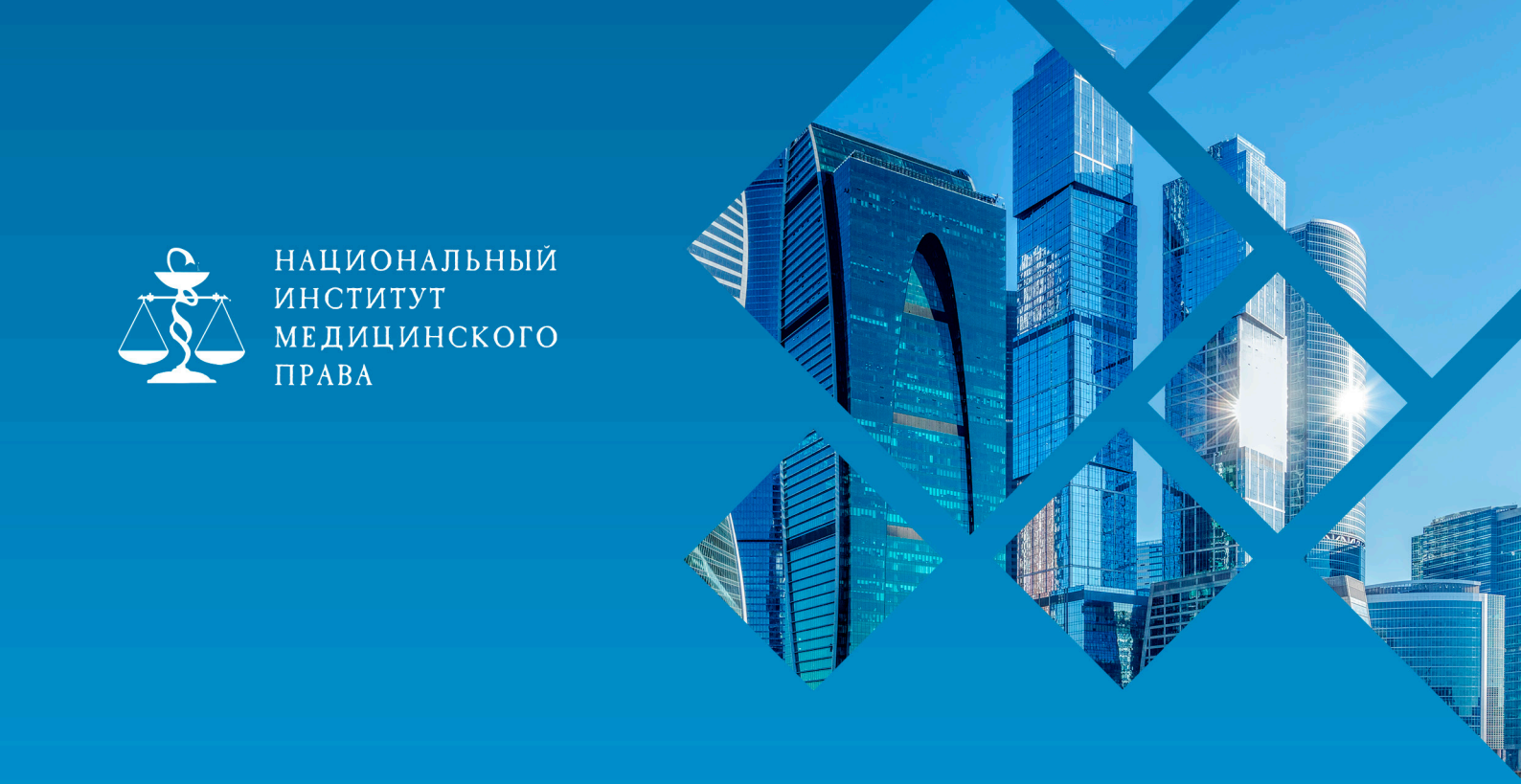
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ АВТОРОВ НА ТО, ЧТО НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ НАДЛЕЖИТ РАСПОЛАГАТЬ В ОБЩЕМ СПИСКЕ С ЕДИНОЙ НУМЕРАЦИЕЙ ПЕРЕД ИНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ. ПРИ ЭТОМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ РАСПОЛОЖЕНЫ: А) В ПОРЯДКЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ; Б) В ХРОНОЛОГИЧЕСКОМ ПОРЯДКЕ. В КАЧЕСТВЕ ИХ ИСТОЧНИКОВ ДОЛЖНЫ ВЫСТУПАТЬ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ.

К РАССМОТРЕНИЮ ПРИНИМАЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ В АДРЕС РЕДАКЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ ***NIMP@MED-LAW.RU*** ИЛИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ. В СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ, НАЗВАНИЕ РАБОТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ФОРМАТЫ ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ЭЛЕКТРОННЫЕ НОСИТЕЛИ НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА



© Национальный институт медицинского права, 2023