



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 11

№ 1–2

МОСКВА
2025

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, 2025. Том 11. №1-2
[27-28]. 104 с. URL: [https://elibrary.ru/title_about.
asp?id=58307](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

Рашишвили Автандил Демурович

кандидат медицинских наук, доцент

Техническая редакция:

Довнар Алексей Николаевич

юрисконсульт Дирекции по правовым
вопросам НИУ «Высшая школа экономики»

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

Материалы журнала представляются
в информационно-правовых системах
«ГАРАНТ» и «КонсультантПлюс»

Издается с 2015 года

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

© Национальный институт
медицинского права, 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№ 1 - 2 [27 - 28]

Том 11

ЯНВАРЬ - ИЮНЬ 2025

МОСКВА
2025

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№1-2 [27-28]

VOLUME 11

JANUARY - JUNE 2025

MOSCOW
2025

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2025. Vol 11. №1-2 [27-28]. 104 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

Avtandil Demurovich Ramishvili
candidate of medical Sciences, associate
Professor

Technical editorial board:

Alexey Nikolaevich Dovnar
Legal Adviser to the Legal Affairs Directorate
of the Higher School of Economics

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

The journal's materials are presented in the
«GARANT» and «ConsultantPlus» information
and legal systems

Published in 2015

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

© National Institute of medical law, 2025

ОТ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

Представляемым выпуском наш редакторский коллектив открывает второе десятилетие своего издания, подтверждая этим свою приверженность развитию медицинского права в России. Формирование публичной профессиональной площадки, способной представлять объективную, научно обоснованную информацию по всему спектру медико-правовых отношений было целью создания нашего журнала и остаётся ею. Редакция, как и прежде, продолжит сотрудничество со всеми авторами, заинтересованными в развитии отечественной медицины и обрамляющей её системы здравоохранения.

Журнал по-прежнему будет открыт к совместной работе не только с достигшими высоких результатов профессионалами, но и с начинающими авторами, проявившими интерес к медико-правовой тематике.

Прошедшие десятилетия трансформации российского здравоохранения наглядно показали, что говорить о формировании в отрасли оптимального правового регулирования было бы весьма проблематичным и преждевременным. Это относится как к базовым положениям, в отношении которых существуют различные подходы, вплоть до диаметрально противоположных, так и ко всем производным от них регуляторным механизмам. Соответственно, необходимость анализа развития медицинского права, практики правоприменения в диапазоне от решений высших судебных инстанций до локальных нормативных актов полностью сохраняет свою актуальность и значимость.

В первом выпуске второго десятилетия нашей аудитории представлены публикации освещающие актуальные проблемы здравоохранения, имеющие отношение к вопросам, которые на протяжении длительного времени настоятельно требуют пристального внимания, тщательного рассмотрения и решения.

В ряде статей детально изучаются вопросы, связанные с обязательным медицинским страхованием в России. В одной из них раскрываются различные аспекты взаимодействия комиссий по разработке территориальной программы ОМС с медицинскими организациями и наглядно демонстрируются существующие при этом сложности, неполнота и противоречия. Другим автором был исследован вопрос, связанный с оплатой медицинской помощи, рассмотренный в контексте тарифной политики, реализуемой в системе ОМС. Следует отметить публикацию, также посвященную одной из наиболее острых и противоречивых системных проблем системы ОМС в России — оплате «сверхобъёмов».

В российском здравоохранении сформирован объёмный, болезненный и сложный комплекс проблем в области сочетания частной медицинской деятельности и её бюджетной сферы. Одному из его ключевых аспектов посвящена детальная работа о развитии государственно-частного партнёрства в отрасли.

По мере развития репродуктивных технологий и общество в целом, и система здравоохранения в частности, сталкиваются с самыми различными проблемами гуманитарного и технического характера. Базовое направление, состоящее в определении статуса эмбриона, характеризуется широким диапазоном мнений, противоречащих друг другу концепций, которые обращают нас к основам этики и права. В представленных в номере работах показана присутствующая в этом глубина сложности и неопределённости.

Необходимо отметить работу, посвященную острейшей проблеме отсутствия должного обеспечения как дипломного, так и постдипломного медицинского образования в России обязательными базовыми элементами. Обучение, основанное на активном использовании «кадаверных» материалов исторически является одной из основ подготовки врача. В мировой практике оно остаётся таковым и сегодня, но, увы, не в Российской Федерации.

Традиционно болезненными являются вопросы пересечения медицинской деятельности с уголовным правом. Одним из противоречивых моментов тут является распространённая практика регулирования и правоприменения, связанная со статьёй 238 Уголовного кодекса Российской Федерации. Этому посвящена работа, содержащая анализ сложившейся ситуации, настоятельно требующей своего скорейшего решения.

В одной из работ выпуска наглядно представлена эффективность использования экспертного аналитического подхода к решению вопросов лекарственного обеспечения, демонстрирующего возможность гармоничного сочетания клинических и экономических взглядов.

Наша редакция будет всячески стремиться к достойному уровню представления интересов медицинского права в отечественной научно-практической литературе. В этом мы исходим из понимания главенствующей роли основанного на научном подходе сочетания правовой и этической идеологии с медицинскими, клиническими представлениями.

Мы всегда будем открыты к сотрудничеству с неравнодушными и компетентными авторами, желающими и способными раскрывать в своих работах всё многообразие и глубину нашей действительности в отношении права и медицины.

Как и прежде мы искренне приглашаем к активному сотрудничеству всех заинтересованных исследователей в наступившем новом десятилетии нашего журнала!

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Довнар А. Н.</i> «ЭМБРИОН ЧЕЛОВЕКА: ЧТО ИЛИ КТО?»: ОБЗОР ПАНЕЛЬНОЙ ДИСКУССИИ XIII ПЕТЕРБУРГСКОГО МЕЖДУНАРОДНОГО ЮРИДИЧЕСКОГО ФОРУМА 2025 ГОДА	<i>Alexey Dovnar</i> «HUMAN EMBRYO: WHAT OR WHO?»: REVIEW OF THE PANEL DISCUSSION OF THE XIII ST. PETERSBURG INTERNATIONAL LEGAL FORUM 2025
<i>Мальшьева А. А.</i> ФИНАНСОВЫЕ ПРАВООТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОМИССИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	<i>Anastasia Malysheva</i> FINANCIAL LEGAL RELATIONS IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM: PROBLEMS OF INTERACTION BETWEEN COMMISSIONS AND MEDICAL ORGANIZATIONS
<i>Осипов М. Ю.</i> О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРАВОВОГО МЕХАНИЗМА ОПЛАТЫ УСЛУГ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ	<i>Mikhail Osipov</i> ON IMPROVING THE LEGAL MECHANISM FOR PAYMENT FOR SERVICES UNDER COMPULSORY MEDICAL INSURANCE
<i>Рыбницкая С. О.</i> КВАЛИФИКАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯМ БЕЗОПАСНОСТИ: НОВОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО — СТАРЫЕ ВОПРОСЫ	<i>Sanda Rybitskaya</i> QUALIFICATION OF THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES THAT DO NOT MEET SAFETY REQUIREMENTS: NEW LEGISLATION — OLD QUESTIONS
<i>Самсонов П. А.</i> ПРАВОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ «КАДАВЕРНЫМИ» МАТЕРИАЛАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	<i>Pavel Samsonov</i> LEGAL FEATURES OF PROVIDING «CADAVEROUS» MATERIALS TO MEDICAL EDUCATIONAL ORGANIZATIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION
<i>Свередюк М. Г., Кулыгин В. В., Меньшакова А. С.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КВАЛИФИКАЦИИ УГОЛОВНО-ПРАВОВЫХ РИСКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	<i>Maksim Sverediuk, Vladimir Kulygin, Asya Menshakova</i> SOME ASPECTS OF QUALIFICATION OF CRIMINAL LAW RISKS IN PROVIDING MEDICAL CARE
<i>Фефилова В. В.</i> ПРОБЛЕМА НЕОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СВЕРХ ВЫДЕЛЕННЫХ ОБЪЁМОВ И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ	<i>Valeria Fefilova</i> THE PROBLEM OF NON-PAYMENT OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE PROVIDED BY MEDICAL ORGANIZATIONS IN EXCESS OF THE ALLOCATED AMOUNTS AND WAYS TO SOLVE IT

Чуксеева С. А.		<i>Svetlana Chukseeva</i>
О ПРАВОВОМ СТАТУСЕ ЭМБРИОНА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	71	ON THE LEGAL STATUS OF THE EMBRYO IN THE RUSSIAN FEDERATION
Чулакова О. Ю.		<i>Olga Chulakova</i>
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЁРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	75	THE SPECIFICS OF THE LEGAL REGULATION OF THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP PROJECTS IN THE FIELD OF HEALTHCARE
Шкитин С. О., Берзников А. В., Ефимов М. Д., Сбоев А. Ю.		<i>Sergei Shkitin, Alexey Bereznikov, Maxim Efimov, Anton Sboev</i>
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА	87	EXPERT ASSESSMENT OF THE QUALITY OF DRUG CARE IN CEREBRAL INFARCTION
Шкитин С. О., Берзников А. В.		<i>Sergei Shkitin, Alexey Bereznikov</i>
КОНТРОЛЬНЫЕ ЛИСТЫ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	93	CHECKLISTS FOR EXAMINING THE QUALITY OF MEDICAL CARE

Довнар А. Н.

«ЭМБРИОН ЧЕЛОВЕКА: ЧТО ИЛИ КТО?»: ОБЗОР ПАНЕЛЬНОЙ ДИСКУССИИ XIII ПЕТЕРБУРГСКОГО МЕЖДУНАРОДНОГО ЮРИДИЧЕСКОГО ФОРУМА 2025 ГОДА

Стимулирование роста рождаемости остаётся ключевым приоритетом государственной политики Российской Федерации, немалую роль в этом процессе играют вспомогательные репродуктивные технологии, которые позволяют привлечь к достижению цели народосбережения в том числе лиц, имеющих нарушения фертильности. Несмотря на стремительное эволюционирование репродуктивной медицины и поступательное развитие отраслевого законодательства, вместо желаемого прогресса обнаруживается комплекс этических и правовых дилемм, требующих внимания всех заинтересованных сторон и взвешенного реагирования на вызовы современности.

Среди основных этических и правовых дилемм можно выделить: дуализм в определении статуса эмбриона, отсутствие государственного контроля за производством, использованием и утилизацией эмбрионов, противоречивость условий в договорных конструкциях при применении репродуктивных технологий, конфликт между генетическим и юридическим родительством, разрозненность судебной практики по спорам в сфере постмортальной репродукции. Все перечисленные и многие другие проблемы были подняты в рамках панельной дискуссии «Эмбрион человека: кто или что?» на полях ежегодного юридического форума в Санкт-Петербурге. В предлагаемом обзоре автор обобщает озвученные в ходе обсуждения точки зрения, формируя целостный взгляд на заявленную проблематику.

Ключевые слова: семейное право, наследственное право, медицинское право, гражданское право, статус эмбриона, репродуктивные технологии, вспомогательные репродуктивные технологии, демография, здравоохранение, панельная дискуссия, обсуждение

Alexey Dovnar

«HUMAN EMBRYO: WHAT OR WHO?»: REVIEW OF THE PANEL DISCUSSION OF THE XIII ST. PETERSBURG INTERNATIONAL LEGAL FORUM 2025

Stimulating the birth rate growth remains a key priority of the state policy of the Russian Federation, and assisted reproductive technologies play a significant role in this process, allowing to involve people with fertility disorders in achieving the goal of preserving the population. Despite the rapid evolution of reproductive medicine and the progressive development of industry legislation, instead of the desired progress, a set of ethical and legal dilemmas is revealed that require the attention of all stakeholders and a balanced response to the challenges of our time.

Among the main ethical and legal dilemmas, one can highlight: dualism in determining the status of the embryo, the lack of state control over the production, use and disposal of embryos, the inconsistency of conditions in contractual structures when using reproductive technologies, the conflict between genetic and legal parenthood, the disunity of judicial practice in disputes in the field of postmortem reproduction. All of these and many other issues were raised during the panel discussion «Human embryo: who or what?» on the sidelines of the annual legal forum in St. Petersburg. In the proposed review, the author summarizes the points of view voiced during the discussion, forming a holistic view of the stated issues.

Keywords: family law, inheritance law, medical law, civil law, embryo status, reproductive technologies, assisted reproductive technologies, demography, healthcare, panel discussion, debate

В период с 19 по 21 мая 2025 года в культурной столице нашей страны традиционно прошёл Петербургский международный юридический форум, имевший общую тему «Право: уроки прошлого для мира будущего», которая применительно к заглавию заявленного нами исследования раскрывалась на секции «Право и общество» в панельной дискуссии [5], объединившей людей, которых волнует проблематика статуса эмбриона человека.

Открывая заседание панельной дискуссии, её модератор доктор юридических наук, профессор, Заслуженный юрист Российской Федерации, Полномочный представитель Правительства Российской Федерации в Конституционном Суде Российской Федерации и Верховном Суде Российской Федерации М. Ю. Барщевский отметил, что демографическая ситуация в России требует увеличения рождаемости, для любого мужчины и любой женщины бесплодие — личная драма, современные медицинские технологии позволяют «делать» детей так и тогда, где и когда это было раньше невозможно. Со всем перечисленным никто спорить не станет.

При очевидно стремительном эволюционировании давно развивающихся технологий юридическое сообщество, как констатировал М. Ю. Барщевский, до сих пор не выразило своего сколь-нибудь достаточного отношения к анализируемой сфере. Это безапелляционное заявление подтверждается состоянием российского законодательства: приняты несколько нормативных актов, где упоминаются репродуктивные технологии, однако они не регулируют сферу на должном уровне. Так в части 2 статьи 1 Федерального закона от 23.06.2016 №180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» прямо сказано, что действие поименованного закона не распространяется на отношения, возникающие при использовании половых клеток человека в целях применения вспомогательных репродуктивных технологий¹, в абзаце

втором статьи 2 Закона Российской Федерации от 22.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» оговорено, что действие закона не распространяется на органы, их части и ткани, имеющие отношение к процессу воспроизводства человека, включающие в себя репродуктивные ткани (яйцеклетку, сперму, яичники, яички или эмбрионы)². Данные законы, как мы видим, прямо «устраняются» от регулирования репродуктивной сферы.

Вместе с не относящимися к репродуктивным технологиям нормативными актами действует базовый Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где в статье 55, казалось бы, репродуктивная тематика более-менее урегулирована. Однако это только на первый взгляд. По словам М. Ю. Барщевского, при прочтении закона его особо привлекло упоминание донорства. С одной стороны, понятно, кто может быть донором, определены возрастные и иные пределы донорства. Так мы понимаем, что при использовании донорства эмбрион *in vitro* создан с соблюдением законодательства. С другой стороны, остаётся невыясненным, кому можно, а кому нельзя «подсаживать» созданные с привлечением донора и вне материнского организма эмбрионы. Вопросы даже по отраженному в законе институту донорства остаются без законодательного ответа.

Продолжая своё выступление, М. Ю. Барщевский процитировал содержание пункта 18 Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утверждённого приказом Министерства здравоохранения России от 31.07.2020 №803н: «Решение о дальнейшей тактике (донорство, криоконсервация, утилизация) в отношении неиспользованных при оказании медицинской помощи с использованием ВРТ половых клеток и эмбрионов принимают лица, которым принадлежат половые клетки и/или эмбрионы, путём заключения гражданско-правовых

1 Федеральный закон от 23.06.2016 №180-ФЗ (ред. от 04.08.2023) «О биомедицинских клеточных продуктах» // Собрание законодательства Российской Федерации, 27.06.2016, №26 (Часть I), ст. 3849.

2 Закон Российской Федерации от 22.12.1992 №4180-1 (ред. от 01.05.2022) «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Ведомости СНД и ВС Российской Федерации, 14.01.1993, №2, ст. 62.

договоров»³, после чего задал риторический вопрос: «Поскольку гражданско-правовые договоры заключаются в отношении имущества, получается, всё перечисленное (половые клетки и/или эмбрионы) является имуществом?» Не дожидаясь ответа аудитории, выступающий подытожил: «Так и появилось наименование нашей панельной дискуссии».

На правах модератора определяя вектор дискуссии, М. Ю. Барщевский акцентировал внимание собравшихся, что в рамках обсуждения предлагается говорить исключительно об эмбрионе из пробирки и не затрагивать статус эмбриона, подсаженного в тело женщины. Давая пояснение столь категоричному определению рамок, модератор отметил: «Если эмбрион подсажен в тело женщины, то дальнейшая судьба развития беременности решается самой женщиной: делать или не делать аборт, в данном случае мужчину уже никто не спрашивает, в отличие от ситуации до подсадки эмбриона, когда мужчина должен давать согласие. Это определяет разный правовой статус у эмбриона вне тела и в теле женщины».

Опираясь на пределы дискуссии по заявленной теме, М. Ю. Барщевский поставил перед участниками форума следующие вопросы:

1. Если рассматривать эмбрион как объект имущественных отношений, то кто является первоначальным собственником эмбриона и на каком основании возникает право собственности на него: новая вещь, переработка, плоды, продукция, доходы и так далее?
2. Следует ли квалифицировать договор медицинской организации, предусматривающий процедуру создания эмбрионов, как договор подряда, подразумевающий выполнение работ из материалов заказчика?
3. Кто является собственником эмбриона: клиника, выполняющая работу, или клиенты (заказчики услуги, генетические родители)?

4. Если владельцами эмбриона считаются клиенты по договору (генетические родители), то скорее всего эмбрион признаётся объектом общей совместной или долевой собственности. По общему правилу, любой режим общей собственности позволяет каждому участнику требовать выделения своей доли в натуре или выплаты денежной компенсации. Однако, как технически осуществить раздел эмбриона или на основании чего определять его рыночную стоимость?
5. Если один из генетических родителей отзывает согласие на имплантацию эмбриона уже после его создания, кто решает судьбу эмбриона и что важнее: право на родительство или запрет на принуждение к нему?
6. Можно ли требовать алименты с генетического родителя, если ребёнок рождён без его согласия, после имплантации эмбриона без его одобрения? Признаётся ли тогда такой родитель родителем или донором?
7. Подлежит ли эмбрион включению в наследственную массу? Если да, могут ли несколько наследников считаться долевыми совладельцами эмбриона?
8. Или же, напротив, эмбрион не подлежит включению в наследственную массу? Тогда кому перейдёт право распоряжения им после кончины владельцев, какая судьба ожидает эмбрион далее?
9. Допустимо ли, при каких условиях распоряжение наследниками биологическим материалом умерших родственников: замороженными спермой, яйцеклетками и эмбрионами? Например, сможет ли сестра как наследник воспользоваться эмбрионом погибшего брата и его жены, имплантировав его себе? Кто официально станет признанным родителем новорождённого ребёнка?
10. Целесообразно ли ввести возрастные ограничения для тех, кто обращается к услугам ВРТ? Сегодня люди, заранее заморозив эмбрионы и воспользовавшись услугами суррогатной матери, могут стать родителями в глубокой старости, лишая ребёнка полноценного детства и семейной заботы.

³ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2020 №60457) // URL: <http://www.pravo.gov.ru>, 19.10.2020.

и. Возникают ли основания для привлечения к уголовной ответственности врачей и третьих лиц, совершивших хищение или умышленную порчу эмбриона? Если да, то какую квалификацию имеет данное деяние?

Далее слово для выступления было предоставлено адвокату коллегии адвокатов города Москвы «Барцевский и Партнёры» М. М. Пуховой, которая выразила озабоченность о том, что зачастую законы не поспевают за реалиями жизни, что применительно к репродуктивной сфере оборачивается многолетними спорами в рамках судебных процессов, где стороны решают, кому воспитывать детей, рождённых с применением медицинских технологий.

Как сообщила М. М. Пухова, летом 2024 года к ней обратились супруги, у которых «украли» эмбрион. Так муж и жена проходили лечение в одной из московских клиник с целью преодоления бесплодия. Для этого из их биологического материала был создан эмбрион, который криоконсервировали. В это же время в палате, где лежала доверительница М. М. Пуховой, находилась другая пациентка. Когда начали выясняться обстоятельства произошедшего, оказалось, что медицинский работник в болезненном состоянии, с температурой, пришла на работу и по ошибке произвела неправильную подсадку, имплантировав эмбрионы крест-накрест: эмбрион доверительницы был имплантирован пациентке и наоборот. В итоге беременность доверительницы закончилась неудачно, плод погиб, а соседка по палате благополучно родоразрешилась.

Разумеется, с таким исходом событий генетические родители, чей эмбрион был подсажен в организм другой женщины по ошибке медицинского работника, не согласились, поэтому пошли в суд, где столкнулись с двойственностью подходов к пониманию родительства: если в отношении отцовства более-менее всё понятно, оно определяется по генетической связи, то с материнством не всё так просто. Как известно, в силу пункта 1 статьи 48 Семейного кодекса Российской Федерации, происхождение ребёнка от матери (материнство) устанавливается на основании документов, подтверждающих рождение ребёнка матерью в медицинской

организации⁴. Здесь, можно смело утверждать, семейное законодательство основывается на древнеримском принципе «мать — та, кто родила».

При обращении к отечественным правоведом⁵ было получено заключение: «Признание матерью ребёнка той женщины, которая родила, — установленная законом презумпция, которая при возможных ошибках в процессе реализации ЭКО и законных интересах ребёнка является опровержимой. При возникновении сложных ситуаций приоритет должен отдаваться именно генетической связи ребёнка с родителями». Несмотря на логичную позицию цивилистической доктрины, суд первой инстанции принимает совершенно противоположное решение, отказывая и в назначении дополнительных экспертиз, и в истребовании медицинской документации, и в допросе свидетелей. В основу своей позиции районный суд полагает предельно простой аргумент: «кто родила, та и мать, супруг матери — отец».

Как отметила М. М. Пухова, Московский городской суд засомневался в столь лаконичном решении нижестоящей судебной инстанции, назначив положенные экспертизы, истребовав документацию и приступив к опросу свидетелей. Судебные споры между генетическими и фактическими родителями продолжаются. Вместе с тем, анализируя промежуточные результаты проблемного кейса, можно однозначно говорить, что сегодня в российском законодательстве нет ответа на вопрос: «кто является родителем ребёнка?». Спикер выразила предположение, что ответ придётся давать Конституционному Суду России, однако, пока начнётся и завершится конституционное судопроизводство, пройдёт не один год и не два.

В другом деле, которое в качестве примера привела М. М. Пухова, суррогатная мать родила ребёнка, выдала согласие, заказчики по договору суррогатного материнства были записаны родителями ребёнка. Позже

4 Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ (ред. от 23.11.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 05.02.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 01.01.1996, №1, ст. 16.

5 К кому именно, М. М. Пухова, к сожалению, в рамках выступления на форуме не обозначает.

выясняется, что в действительности генетическими родителями ребёнка являются суррогатная мать и её супруг, зачавшие ребёнка естественным путём, тогда как эмбрион заказчиков по договору суррогатного материнства не прижился. Ожидаемо, суррогатная мать с мужем обратились в суд для признания их родителями рождённого ребёнка, однако, первая инстанция отказала им в удовлетворении требований, сославшись на нарушение суррогатной матерью условий договора, по которым в период медицинского вмешательства по искусственному родовспоможению запрещалось вступать в половую связь с супругом, что свидетельствует о недобросовестности стороны по договору.

Несложно догадаться, что апелляционная инстанция не согласилась с коллегами из районного суда, чьё решение было отменено. Казалось бы, исход спора очевиден, ибо родство должно быть признано за суррогатной матерью и её супругом, поскольку генетическая связь важнее условий договора, однако для восстановления своих прав супругам пришлось судиться больше года. В качестве замечания к приведённым кейсам судебной практики следует указать, что наличествующая правовая неопределённость по вопросам в репродуктивной сфере приводит, с одной стороны, к многолетним судебным спорам, а, с другой — к формированию на практике диаметрально противоположных подходов по схожей категории дел.

Как нельзя кстати в подтверждение противоречивости судебной практики по схожим кейсам можно упомянуть «дело бабушек-мам»: в 2011 году в Москве рассматривался спор, где одной из сторон выступала пожилая женщина, которая обратилась в клинику для создания эмбрионов из донорских яйцеклеток и сперматозоидов её умершего сына, что и было сделано, после чего эмбрионы были имплантированы двум суррогатным матерям, позднее родившим четверых детей, однако суд отказался признавать бабушку мамой рождённых малышей, а её умершего сына — отцом, сославшись на то, что сложившаяся ситуация противоречит закону и этике [4]. Вместе с тем в Петербурге рассматривался почти аналогичный спор [2], где суд не усмотрел никаких

ограничений для признания бабушки матерью детей «из пробирки».

Анализируя судебную практику по вопросам суррогатного материнства, М. М. Пухова пришла к выводу, что суды, «смущённые» примерами бабушек-мам, отказывают супругам, наследникам как-либо распоряжаться репродуктивным биоматериалом умершего человека с аргументацией, что репродуктивное право — личное неимущественное право, которое в состав наследства не входит и может быть реализовано только при жизни. При этом Конституционный Суд России в недавнем постановлении⁶ указывает, что действующий закон не содержит запрета на применение постмортальной репродукции, поэтому граждане не лишены права воспользоваться этой технологией. В итоге, как отмечает М. М. Пухова, возникает вопрос: можно или нет? А далее замечает: «Видимо, ответ зависит от того, как договоришься с клиникой».

Наряду со спорами, связанными с зачатием детей при помощи репродуктивных технологий через использование биологического материала умерших родителей, немало ситуаций, где супруги — потенциальные родители не могут договориться о дальнейшей судьбе эмбрионов, созданных из их генетического материала. К сожалению, в отечественном законодательстве мы вновь не найдем никаких ответов. Следует сказать, что сейчас суды исходят из понимания о недопустимости принуждать кого-либо к родительству, на этом основании, если один из потенциальных родителей возражает, то в переносе эмбриона должно быть отказано. При этом утилизировать эмбрион, вне зависимости от согласия второго родителя, допускается. Такая разрозненность в восприятии эмбрионов и, как следствие, отношении к ним обнаруживается и становится достоянием общественности, когда отношения между клиникой и пациентами доходят до суда, где первые, будучи «напуганными» правовым вакуумом в репро-

6 Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 11.02.2025 №6-П «По делу о проверке конституционности частей 1 и 3 статьи 10 Федерального закона «О страховых пенсиях» в связи с жалобой гражданки М. Ю. Щаниковой» // Собрание законодательства Российской Федерации, 17.02.2025, №7, ст. 694.

дуктивной сфере, отказываются что-либо делать с эмбрионом и отправляют последних в суд. Тем временем вне внимания судебных инстанций эмбрионы утилизируются и переносятся без судебных решений и без согласия второго родителя.

После рождения ребёнка, как считает спикер, спорить о законности или незаконности его зачатия не имеет никакого смысла. Поскольку с каждым годом неминуемо растёт и будет расти количество споров в судах по применению репродуктивных технологий, при этом до сих пор упомянутая сфера сейчас регулируется на законодательном уровне всего несколькими статьями разрозненных законов, необходимо применять комплексные меры, которые будут адекватно реагировать на развивающиеся общественные отношения, сказываясь на жизни тысяч и, может быть, миллионов ещё не рождённых детей.

Затем выступил доктор биологических наук, профессор, член-корреспондент Российской академии наук, действительный государственный советник Российской Федерации 3 класса, директор Института биологии развития имени Н. К. Кольцова Российской академии наук А. В. Васильев, призвавший поблагодарить Роберта Эдвардса, который в 1978 году изобрёл технологию экстракорпорального оплодотворения, открыл биологию стволовых клеток и символически стал таким образом отцом и дедом для 10 миллионов человек⁷.

Отвечая на вопрос, выведенный в наименование панельной дискуссии юридического форума, выступающий сказал: «Эмбрион — уникальная структура, которая из «что» превращается в «кто», единственная структура, обладающая способностью к саморазвитию и самоорганизации, данная способность заложена в геноме». Из приведённого определения логически следует вопрос: когда эмбрион превращается из «что» в «кто»? Очевидно, что юристы и биологи конструируют ответ по-своему. Если сосредотачиваться на биологическом подходе, то станет понятно: на ранних стадиях развития эмбриона задействова-

ны гены матери и только на вторые и третьи сутки «включаются» внутренние гены самого эмбриона.

В ходе дискуссии А. В. Васильев продемонстрировал книгу Фрэнсиса Коллинза «Доказательства Бога. Аргументы учёного»⁸ и отметил уникальность американского генетика, который, будучи очень религиозным, руководил международным проектом «Геном человека». Продолжая говорить об учёном, профессор сообщил, что Фрэнсис Коллинз постоянно задавался вопросом: когда мы можем говорить о наличии у эмбриона первых признаков сознания? Вместилищем сознания, по убеждению биолога, является нервная система, в которой искомый компонент из клеточной массы формируется в структуру на 14 день эмбриогенеза.

Продолжая рассуждать на заявленную тему, спикер высказал своё сожаление о том, что сегодня не хватает мягкого права, которое, к слову, в других странах разрешает использовать эмбрионы в экспериментах до 12-14 дня их развития, тогда как в нашей стране данный аспект не имеет законодательного регулирования при одновременном запрете использования эмбрионов в исследовательских целях⁹. Между тем после резонансного дела с осуждением китайского учёного Хэ Цзянькуя к лишению свободы за редактирование генома человека [3] в научных кругах ничуть не ослабевает интерес не только к дискуссии, но и желанию воплотить научные замыслы по редактированию генома человека в жизнь. Именно поэтому, как утверждает А. В. Васильев, сегодня существует потребность в наличии мягкого права, поскольку нужно развивать открытую дискуссию по вопросу опасности вмешательства в геном эмбриона, в результате которого происходит сужение гетерогенности и разнообразия геномов, что в свою очередь угрожает сохранению человека как вида.

8 Коллинз Фрэнсис Доказательство Бога. Аргументы учёного // М: Альпина нон-фикшн, 2009. 216 с.

9 Вероятнее всего, А. В. Васильев имел в виду запрет использования эмбрионов не в исследовательских, а в промышленных целях, который установлен частью 6 статьи 55 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7 Полагаем, речь идёт не о фактическом, а фигуральном отцовстве: благодаря созданию ЭКО на свет появилось большое количество детей, которые не могли быть зачаты естественным путем.

Неустаннне стремления отдельных энтузиастов отредактировать геном человека являются не единственным вызовом современности. По признанию А. В. Васильева, благодаря синтетической эмбриологии сегодня наука стоит на пороге создания искусственного эмбриона, когда, во-первых, можно будет с помощью соматических клеток получить искусственные клетки для любого человека, не задействуя при этом репродуктивный биологический материал, во-вторых, производить реконструирование эмбрионов. Когда речь идёт о создании искусственного эмбриона, не следует думать, что это отдалённая перспектива, поскольку, как утверждает докладчик, в возглавляемом им институте учёные начали работу над стволовыми клетками мартышки. Как относиться к стремительному научно-техническому прогрессу в контексте перспективы создания искусственного эмбриона человека, предстоит понять, как биологам, так и юристам.

Говоря о позиции биологов, А. В. Васильев с удовольствием отметил, что принял участие в написании Федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах», где пунктом 5 статьи 3 в качестве принципа осуществления деятельности в сфере обращения биомедицинских клеточных продуктов установлена недопустимость использования для разработки, производства и применения биомедицинских клеточных продуктов биологического материала, полученного путём прерывания процесса развития эмбриона или плода человека или нарушения такого процесса¹⁰. Как отметил биолог, данное законодательное ограничение позволило нивелировать применение фетальной терапии, использование абортивного материала и другие подобные им действия. По мнению спикера, положения поименованного закона можно считать правильным реагированием на стремительное эволюционирование науки.

Выступление А. В. Васильева вызвало вопросы у членов президиума панельной

дискуссии. Так секретарь Общественной палаты Российской Федерации, доктор юридических наук, профессор Л. Ю. Михеева, реагируя на выступление биолога, выразила такую мысль: «В силу действия статьи 116 Гражданского кодекса Российской Федерации, регулирующей права эвентуальных наследников — детей, которые были зачаты при жизни наследодателя, но родились после смерти¹¹, не совсем правильно вести дискуссию относительно того, какой день считать переходным периодом, когда эмбрион превращается из «что» в «кто». Гораздо важнее определиться с тем, что считать моментом зачатия в смысле, который предаётся ему гражданским законодательством». Отсюда вопрос: что считать моментом зачатия: слияние яйцеклетки и сперматозоидов или момент прикрепления нового клеточного образования к телу женщины с последующей вероятностью вынашивания и рождения? На поставленный вопрос был дан следующий ответ: «Моментом зачатия следует считать период формирования нового генома на 12-14 сутки после имплантации эмбриона в тело женщины, когда эмбрион трансформируется в уникальную структуру, способную к самоорганизации и саморазвитию. При этом только имплантацию считать моментом зачатия не следует, поскольку развитие эмбриона до образования первичных признаков нервной системы и сознания не всегда гарантирует, что далее эмбрион превратится из массы клеток в упомянутую ранее уникальную структуру».

По завершении диалога между биологом и юристом слово для выступления было предоставлено самой Л. Ю. Михеевой, доктору юридических наук, профессору, заслуженному юристу Российской Федерации, государственному советнику Российской Федерации 3 класса, секретарю Общественной палаты Российской Федерации, председателю совета (руководителю) Исследовательского центра частного права имени С. С. Алексеева при Президенте Российской Федерации, члену Совета при Президенте Российской Федерации по кодификации и со-

¹⁰ Федеральный закон от 23.06.2016 №180-ФЗ (ред. от 04.08.2023) «О биомедицинских клеточных продуктах» // Собрание законодательства Российской Федерации, 27.06.2016, №26 (Часть I), ст. 3849.

¹¹ Гражданский кодекс Российской Федерации (часть третья) от 26.11.2001 №146-ФЗ (ред. от 08.08.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 03.12.2001, №49, ст. 4552.

вершенствованию гражданского законодательства. Выступающая сообщила аудитории, что в 2019 году ей пришлось быть модератором аналогичной дискуссии на полях Международного юридического форума в Петербурге. Тогда участники обсуждения пришли к выводу, что на пути прогресса они стоят точно не будут.

Спустя пятилетие с минувшего юридического форума, Л. Ю. Михеева так начала своё выступление: «Со всем безмерным уважением к тому, что каждый из нас называет личностью, душой, человеком, индивидуумом, со всем пиететом, который мы испытываем перед святой тайной зачатия и рождения, тем не менее считаем необходимым всё-таки прояснить некоторые юридические аспекты для того, чтобы «серого поля» оставалось как можно меньше и технологии, которым мы доверяем и которые действительно способны сделать жизнь социума лучше, могли спокойно развиваться». Такой была реакция спикера на наблюдаемое ею заблуждение представителей юридического сообщества, которые рассуждают о репродуктивных технологиях с позиций уголовного, гражданского и иных отраслей права, не совсем правильно употребляя термины и понятия, закреплённые как в нормативных актах международного и национального законодательства, так и в судебной практике.

В качестве наглядного примера неправильного толкования отечественными правоведами соответствующей терминологии в репродуктивной сфере профессор Л. Ю. Михеева привела решение Европейского суда по правам человека, принятое по делу «Парилло против Италии» [Parrillo v. Italy] №46470/11¹², которое в отечественной доктрине интерпретировалось как «ЕСПЧ указал, что эмбрион не является вещью». Однако, если ознакомиться с обстоятельствами дела, можно будет понять, что речь в нём идёт совсем о другом. Так по волеизъявлению супругов был создан эмбрион, позже мужчина скончался, тогда женщина, ориентируясь на свою невозможность по

самым разным причинам выносить, родить и воспитать ребёнка, приняла решение передать эмбрион учёным для его использования в научных целях. Клиника отказала супруге в выдаче эмбриона, он остался на хранение в криобанке. Ожидая, что женщина обратится в суд, который резолютировал: «С такими особыми объектами материального мира нельзя обращаться точно также, как с любой другой обычной вещью», отказав в удовлетворении жалобы.

Комментируя постановление Европейского суда по правам человека, Л. Ю. Михеева сказала следующее: «Всё, что существует в формате *in vitro*, всё, что отделено от тела, можно рассматривать как вещь». При этом, как заметила спикер, нельзя упускать из вида оговорку, что вещи имеют различную оборотоспособность. В этой связи в отношении эмбриона следует сказать, что он настолько уникален и специфичен, что его гражданский оборот почти невозможен или невозможен, где предпочтение траектории действий зависит от выбора, который делает человек, руководствуясь моралью или игнорируя её.

Наряду со специфической оборотоспособностью человеческого эмбриона Л. Ю. Михеева обратила внимание аудитории, что во всех правовых системах, считающих себя цивилизованными, частная автономия лица, которого принято считать обладателем прав или собственником, каковым прежде всего являются генетические родители, существенно ограничена ввиду определённой перспективы для имплантированного объекта родиться живым человеком. Подозревая, что среди участников панельной дискуссии наравне с профессиональными цивилистами могут находиться не сведущие в юридических тонкостях лица, спикер напомнила, что в силу пункта 2 статьи 1 Гражданского кодекса Российской Федерации граждане приобретают и осуществляют свои гражданские права своей волей и в своём интересе, при этом их гражданские права могут быть ограничены на основании федерального закона и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов

12 Постановление ЕСПЧ от 27.08.2015 «Дело «Парилло (Parrillo) против Италии» (жалоба №46470/11) // URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-157263%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-157263%22]}) (дата обращения: 5.06.2025).

других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства¹³.

Продолжая своё выступление, А. Ю. Михеева предложила проанализировать ранее упомянутое М. М. Пуховой постановление Конституционного Суда России «о постмортальных детях»¹⁴, где сказано, что дети, вне зависимости от способа зачатия, равны друг другу. Здесь спикер отмечает, что такое заключение органа конституционного контроля не свежо, поскольку ещё в советской России было установлено, что законорождённые и незаконорождённые дети уравниваются в правах как родителей к детям, так и детей к родителям¹⁵. Соглашаясь с тезисом о равенстве детей, зачатых естественным путём и с помощью терапии бесплодия, по мнению А. Ю. Михеевой, его нужно определять применительно к тем обстоятельствам, в которых ребёнок родился. Так, по словам спикера, «...если будут предприниматься попытки предреши́ть вопрос наследования через 20-25 лет после смерти наследодателя, то всякий из нас скажет, что дети, рождённые в 2025, не должны быть равны детям, рождённым в 2050, поскольку обстоятельства их появления на свет были очень разными и промежуток между этими рожденьями не позволяет развернуть обратно весь наследственный процесс, в противном случае это повлечёт полную остановку гражданского оборота».

В заключение А. Ю. Михеева призвала, Бога ради, не пугаться, что эмбрион можно назвать вещью в состоянии *in vitro* с добавлением к его характеристике оговорок о весьма специфическом правовом режиме. Если кого-то смущает столь однозначный подход, то можно рассмотреть специальные объек-

ты, обращение с которыми также требует от самого собственника особого к ним отношения¹⁶. Именно поэтому, как считает спикер, при описании правового режима эмбриона человека в состоянии *in vitro* нет ничего циничного и ничего аморального, чтобы назвать его вещью.

Необходимо отметить, что по прошествии Петербургского международного юридического форума 2025 года, группа российских учёных выразила своё несогласие с заявлением А. Ю. Михеевой, сделанным ею в рамках панельной дискуссии, о том, что эмбрион в состоянии *in vitro* можно считать вещью со специфическим правовым режимом, которое было представлено в специальном меморандуме [1].

Реагируя на неоднократное употребление в ходе выступления А. Ю. Михеевой словосочетания «Бога ради», модератор дискуссии М. Ю. Барщевский сообщил, что предварительно постарался выяснить, как относятся к заявленному предмету дискуссии некоторые из традиционных конфессий России (далее приведены выдержки в том виде, в каком они были зачитаны на форуме (см. таблицу).

Позиция конфессий по вопросам зачатия ребёнка — предмет теологической дискуссии, тогда как в рамках юридического форума рассматриваются теоретические и практические аспекты права, связанные с репродуктивной медициной. Если теоретическую сторону представили учёные-цивилисты, то об особенностях в практической плоскости рассказала заместитель директора по правовым вопросам группы компаний «Мать и дитя» по Сибири и Дальнему Востоку Анна Лябина, представившая статистику группы компаний «Мать и дитя» за 2023 год: осуществлено 20 000 переносов эмбрионов *in vitro*, рождено или ожидало рождения почти 6 000 детей. Столь высокие показатели, по мнению спикера, вынуждают специалистов разрабатывать дополнительные меры по содействию пациентам в обретении ими родительства с учётом заданного тренда на увеличение рождаемости.

13 Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 31.10.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 05.12.1994, №32, ст. 3301.

14 Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 11.02.2025 №6-П «По делу о проверке конституционности частей 1 и 3 статьи 10 Федерального закона «О страховых пенсиях» в связи с жалобой гражданки М. Ю. Щаниковой» // Собрание законодательства Российской Федерации, 17.02.2025, №7, ст. 694.

15 Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 18.12.1917 «О гражданском браке, о детях и о ведении книг актов состояния» (утратил силу) // Собрание узаконений РСФСР, 1917, №11, ст. 160.

16 Здесь имеются в виду вещи, ограниченные в обороте (статья 129 ГК России), особо ценные объекты — культурные и исторические памятники (статья 240 ГК России), животные (статья 241 ГК России), источники повышенной опасности (статья 1079 ГК России) и т. п.

Критерии отношения к статусу эмбриона и совершению с ним репродуктивных манипуляций

Конфессия	Критерии
<i>Православие</i>	1. Использование экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) разрешено только между супругами, состоящими в браке, и без привлечения третьих сторон: процедура должна производиться исключительно с участием мужа и жены, без участия посторонних мужчины или женщины (донора спермы, донора яйцеклеток, суррогатной матери). 2. Недопустимо оплодотворение одиноких женщин с использованием донорских половых клеток или реализация репродуктивных прав одиноких мужчин, а также лиц с нестандартной сексуальной ориентацией, поскольку это лишает будущего ребёнка права иметь мать и отца. 3. Категорически запрещена практика использования замороженных эмбрионов и уничтожение «лишних» зародышей, полученных в ходе процедуры ЭКО. Каждый эмбрион является живым существом с момента своего образования, поэтому любые манипуляции с ним недопустимы. 4. Суррогатное материнство однозначно отвергается Церковью, поскольку оно нарушает целостность семейной жизни и естественного процесса воспроизводства потомства.
<i>Иудаизм</i>	1. Основная цель использования методов лечения бесплодия заключается в продолжении рода, поэтому многие виды ВРТ допускаются, если речь идёт о создании жизнеспособного плода. 2. Искусственное оплодотворение возможно, однако, предпочтительно, чтобы супруги использовали собственные половые клетки. 3. Донорство сперматозоидов и яйцеклеток считается нежелательным, так как создает риск нарушения кровосмешения и генетической идентификации будущего ребёнка. Донорство гамет остается дискуссионным в различных течениях иудаизма: ортодоксальные направления чаще выступают против практики донорства, которая приравнивается к измене, тогда как либеральные течения иудаизма могут допускать его при соблюдении определённых условий. 4. Некоторые раввинские школы запрещают суррогатное материнство, считая, что такая практика разрушает семейную структуру и может привести к юридическим сложностям в определении статуса ребёнка, другие же допускают такой способ, если женщина готова отказаться от всех родительских прав сразу после родов. 5. Криоконсервация эмбрионов разрешена, но этичность их уничтожения вызывает споры. 6. Решение о применении ВРТ в рамках иудаизма принимается индивидуально каждой семьей совместно с раввином, исходя из конкретных обстоятельств и семейных традиций.
<i>Ислам</i>	Ислам, как и другие авраамические религии, выражает интерес к вопросам продолжения рода и размножения, однако, подходы к использованию ВРТ отличаются в зависимости от богословских школ и культурных особенностей региона проживания мусульман. Основные моменты, касающиеся взгляда проблему в исламе: 1. Большинство авторитетных представителей ислама считает необходимым сохранение чистоты брачных отношений и недопущение вмешательства третьих лиц в процесс деторождения, поэтому экс-

Конфессия	Критерии
	тракорпоральное оплодотворение признаётся допустимым только между мужем и женой, без привлечения донорских материалов и суррогатной матери. 2. Селекция эмбрионов допускается до 120 дней, до вдыхания души, если есть медицинские показания. 3. Использование замороженных эмбрионов также вызывает споры среди мусульманских учёных: одни допускают возможность хранения эмбрионов на случай неудачи первой попытки беременности, другие категорически отрицают подобное хранение, ссылаясь на потенциальную угрозу человеческому достоинству. 4. Некоторые современные учёные подчёркивают важность индивидуальной консультации с компетентным специалистом по шариату перед началом любой процедуры ВРТ, чтобы избежать возможных нарушений законов ислама.

Среди основных проблемных вопросов в работе группы компаний «Мать и дитя» обозначается дилемма, связанная с распоряжением криоконсервированными эмбрионами после смерти одного из лиц, предоставивших материал для его создания. Во избежание сложностей специалистами клиник разработано дополнительное информированное согласие, которое подписывают пациенты перед участием в программах по искусственному родовспоможению. Среди условий, закреплённых в этом документе, обозначаются следующие (приводятся так, как были представлены в ходе выступления):

1. Пациент заявляет и понимает, что информированное добровольное согласие действует весь период лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с пациенткой такой-то.
2. Пациент понимает возможность неограниченного количества раз, пока не закончится его биологический материал или эмбрионы, проводить размораживание, ЭКО и перенос в отношении пациентки такой-то.
3. Пациент даёт согласие без своего личного присутствия и каких-либо дополнительных согласий на принятие пациенткой такой-то самостоятельного решения по размораживанию и переносу эмбрионов, а также даёт согласие на использование этих эмбрионов в случае его смерти.

4. Пациент признаёт, что при возникновении любых спорных ситуаций, не урегулированных настоящим информированным добровольным согласием, разрешение спора осуществляется в судебном порядке.

Как отметила А. Лябина, судебные споры с участием пациентов имели место, при рассмотрении дел в пользу сторон суды приводили следующие аргументы (приводятся так, как были представлены в ходе выступления):

1. Действующее законодательство не содержит норм, регулирующих распоряжение эмбрионами, полученными при жизни супругов, в случае смерти одного из них.
2. Законодательство вместе с тем устанавливает, что мужчины и женщины, состоящие и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий, а также одинокая женщина, при наличии информированного добровольного согласия.
3. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток и тканей репродуктивных органов.
4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением ВРТ должно быть совершенно в строго установленной законодательством форме и подписано в обязательном порядке обоими пациентами.
5. Из документов, подписанных лицом при жизни, должна явно следовать воля умер-

шего пациента на использование биологического материала с целью последующего оплодотворения партнёра, согласие ни в коем случае не должно быть отозвано при жизни, не должно быть ограничено наступлением каких-либо событий: смерти, разводом или иными обстоятельствами.

Продолжая анализ практических аспектов реализации репродуктивных технологий с точки зрения права, выступила *партнёр и руководитель практики частных клиентов Санкт-Петербургского офиса Национальной юридической компании «Митра» Алина Лактионова*, которая призвала обратить особое внимание на оформление договоров о вспомогательных репродуктивных технологиях, поскольку при возникновении споров о происхождении ребёнка, посмертной репродукции, распоряжении биоматериалом первоначально оцениваются договорные условия.

На сегодняшний день нет единой формы договора, его условия различаются и зависят от той или иной клиники, которые формируют его содержание на основе опыта взаимодействия с пациентами и судебной практики. В содержании договоров медицинские учреждения отражают в первую очередь отсутствие претензий к клинике со стороны генетических родителей в случае ненаступления беременности или её неблагоприятного разрешения, а также при наличии проблем с регистрацией рождённого ребёнка. При этом почти ни в одном из подобных договоров, за редким исключением, нет указания на то, что вместе с преодолением бесплодия в результате медицинского вмешательства в репродуктивную систему рождается ребёнок, в отношении которого возникает совокупность родительских прав и обязанностей.

Когда речь заходит о возникновении родительских прав и обязанностей по отношению к ребёнку, возникает вопрос о подлинном значении договора о вспомогательных репродуктивных технологиях, ведь, согласно пункту 4 статьи 51 Семейного кодекса Российской Федерации, лица, состоящие в браке и давшие своё согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, в случае рождения у них ребёнка в результате приме-

нения этих методов записываются его родителями в книге записей рождений, при этом, согласно пункту 3 статьи 52 Семейного кодекса Российской Федерации, супруг, давший в порядке, установленном законом, согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, не вправе при оспаривании отцовства ссылаться на эти обстоятельства.

Примечательно, что приведённые нормы семейного законодательства распространяются только на лиц, состоящих в браке, тогда как они не применимы к сожителям или в ситуации, когда процедура ЭКО началась во время брака, а потом супруги развелись, и по прошествии 300 дней, предусмотренных пунктом 2 статьи 48 Семейного кодекса Российской Федерации (так называемая презумпция отцовства мужа матери)¹⁷, супруга подсаживает эмбрионы, созданные с использованием биологического материала бывшего супруга, который, возможно, уже и не помнит о наличии и количестве таких эмбрионов, сюда же относятся кейсы с постмортальной репродукцией.

В своём выступлении А. Лактионова привела одно из определений Верховного Суда России 2019 года, в котором высшая судебная инстанция, разбирая спор, обнаружила, что мужчина, состоящий в браке, заключил договор о вспомогательных репродуктивных технологиях с женщиной, которая не состояла в браке. Когда родились дети, мужчина отказался признавать отцовство и не захотел быть записанным отцом рождённых детей. Тогда женщина подала в суд на алименты с аргументацией, что ответчик участвовал в программе экстракорпорального оплодотворения, в ходе которой подписывал согласие принимать участие в воспитании будущих детей. Разрешая спор по существу, коллегия по гражданским делам Верховного Суда России в своей мотивировочной части указала: «Из материалов дела следует, что такой-то и тогда-то было подано заявление о добровольном согласии на медицинское вмешательство с использованием спермы донора такого-то. Такой-то подписал данное заявление в графе

17 Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ.

«муж». При этом форма заявления не содержит указаний на необходимость обозначения правовых статусов заявителей (муж/жена), в связи с чем подписанное сторонами заявление установленной форме не соответствует. Из этого следует, что данное заявление не может рассматриваться как основание для возникновения прав и обязанностей для лиц, не состоящих в официальном браке»¹⁸.

Как бы там не было, и приведённый выше пример, и многочисленные кейсы судебной практики иных инстанций свидетельствуют, с одной стороны, о том, что лицо, поставившее свою подпись под тем или иным документом, несёт ответственность за взятые на себя обязательства, с другой — сложность реализации репродуктивных технологий, сопровождающейся подписанием огромного количества бумаг, так что с определённого момента подписант ставит «галочки» на автомате, говорит о том, что к специфической договорной конструкции нельзя применять правила и нормы, свойственные поименованным договорам, ведь после терапии бесплодия появляется не обычная вещь, используемая в гражданском обороте, а рождается ребёнок. Очевидно, как отмечает А. Лактионова, в основе развития родительских отношений при использовании ВРТ лежит волеизъявление, только в силу отсутствия единообразия в понимании и определении момента начала его появления возникает немало путаницы и связанных с ней проблем: согласно одному подходу, началом возникновения волеизъявления на родительство следует считать сдачу биологического материала, а, согласно другому — сдачи генетического материала недостаточно, необходимо дополнительно иметь ясно выраженное согласие на родительство. Практика разнится от дела к делу.

В качестве предложения по совершенствованию легального оформления договорного регулирования по вопросам применения репродуктивных технологий А. Лактионова выдвинула инициативу выработать общие и обязательные формулировки в таких договорах, согласиях, чётко выражающих именно

волю на то, чтобы стать родителем, взятие на себя прав и обязанностей прежде всего в сочетании с изменением презумпции родительства пар, которые подписали согласие, но не состоят в браке. По её мнению, при постоянно увеличивающемся количестве споров, связанных с ЭКО, это позволит создать приемлемую определённость в анализируемой сфере.

Наравне с участниками обсуждения, присутствующими в президиуме панельной дискуссии, к разговору на тему «Эмбрион человека: кто или что?» пригласили руководителя экспертно-аналитического управления Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства Инну Ямбулатову, начавшую своё выступление с благодарности за постановку столь актуального вопроса, который ни в одной стране мира так не ставят. Новаторство в постановке темы и открытом обсуждении заявленной проблематики не в последнюю очередь обусловлено действием президентского указа о традиционных ценностях¹⁹, где жизнь поставлена на первое место.

Согласно римскому праву: «Зачатый ребёнок считается родившимся, если речь идёт о его выгоде». Приведённый постулат выразился в том, что ни в одном государстве нет права родителей на детей, но есть право детей на родителей, в том числе знать своих кровных и биологических родителей. Именно на этом, нужно полагать, строится вся правовая модель уважения человеческого достоинства, которая отражается в отраслевом праве. Общеизвестно, что человек может находиться в вегетативном состоянии (не понимать, не слышать, не осознавать). При оценке человека в вегетативном состоянии, если мы признаем его объектом по параметрам эмбриона, он вполне подходит не под человека, но таким образом мы рискуем исключить из числа людей огромное количество не осознающих, не понимающих и не слышащих, не считающих себя личностями. Очевидно, это недопустимо, заявила И. Ямбулатова.

¹⁸ Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 02.07.2019 №64-КГ19-6 // URL: <https://clck.ru/3N7FDt> (дата обращения: 7.06.2025).

¹⁹ 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.

Сегодня на законодательном уровне в России защищены права nasciturуса, при том, что зачатый при жизни наследодателя, но ещё не рождённый наследник не обладает никакими признаками человека. Отсюда следует вывод: субъективизация человека, неважно на какой стадии онтогенеза он находится (а эмбриогенез — это стадия, как и старость), не позволяет нам поставить вопрос о том, что человек в определённом состоянии в старости, не осознающий, не понимающий, болеющий Альцгеймера, тоже не субъект права.

Как отметила И. Ямбулатова, называя кого-то объектом права (уже живое существо²⁰ и точно человеческое существо), важно учитывать, что в такой парадигме отношений нет морали, мораль присутствует только в категории «субъект — субъект». Когда необходимо исключить категорию «мораль», употребляется деление на «объект» и «субъект» права: поскольку объект — предмет сделки, у нас не возникнет морали, например, со стулом, каким местом мы на него сядем, удобно ему или нет. Сегодня эмбрион воспринимается, к сожалению, как объект права, поэтому его использование происходит вне моральных рамок. Однако, если признавать категорию «субъект», то человек начнёт вступать в отношения с другим субъектом, что применительно к эмбриону будет означать изменение моделей взаимодействия с ним.

После своего выступления И. Ямбулатова отреагировала на заявления спикеров из президиума панельной дискуссии. Так она призвала называть вещи своими именами: «ЭКО и ВРТ — не инструмент демографической политики и никогда им, пока мы не перейдём на массовое оплодотворение, использование искусственной матки, не станет». По её данным, 2% — количество детей, рождённых с использованием ЭКО, от всей численности появившихся на Божий свет, при этом эффективность применения ЭКО — 30%, преодолеть этот показатель не представляется

возможным ввиду особенностей самой процедуры.

Инна Ямбулатова выразила своё согласие с тем, что не должно быть «серой зоны» в законодательстве, посвящённом репродуктивным технологиям, поскольку это провоцирует аморализм: вывоз, торговля, продажа эмбрионов на чёрном рынке, отсутствие адекватной статистики по количеству созданных и криоконсервированных эмбрионов. С целью минимизации правовых, этических, социальных и иных рисков в сфере ВРТ И. Ямбулатова предложила:

1. передать под контроль государства регистрацию эмбрионов, которые создаются и производятся;
2. закрепить в законодательстве право отца знать об использовании эмбрионов, созданных с применением его биологического материала;
3. пересмотреть 55 статью Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. поставить вопрос о субъектности эмбриона с целью изменения «абортивно-эвтаназийного мышления», которое имеет две стороны и выражается так: «если в жизни какого-то человека до определённого момента он признаётся нечеловеком, будьте уверены, что всегда придёт тот, который и вам скажет, что где-то вы тоже уже нечеловек».

Закрытие панельной дискуссии М. Ю. Барщевский подытожил следующими словами: «Со времён Древнего Рима право было очень системным, гражданское право, уголовное право друг другу не противоречили. И, спустя тысячелетия, право было непротиворечиво. А сегодня мы сталкиваемся с парадоксальной ситуацией: у нас очень много противоречий как внутри отраслей права, так и межотраслевых. <...> Как пример, сегодня в уголовном праве наказание за экономические преступления выше, чем за насильственные. Это как? Если мы будем неосторожны и, прикрываясь или руководствуясь вопросами морали, чего-то ещё, начнём признавать человека тех, кто ещё не родился, нам придётся пересматривать наследственное право, уголовное право, семейное право. <...> Спасибо всем».

20 Очевидно, здесь спикер имела в виду, что многие светские специалисты именуют эмбрион объектом права, который, согласно позиции Русской Православной Церкви, с момента зачатия уже является человеком, только на стадии эмбриогенеза как одного из этапов на пути к появлению и развитию полноценного человека.

Список литературы:

1. «Жизнь начинается с зачатия»: русские учёные опровергли мифы защитников детоубийств // URL: https://tsargrad.tv/articles/zhizn-nachinaetsja-s-zachatija-russkie-uchjonye-oprovergli-mify-zashhitnikov-detoubijstv_1272658 (дата обращения: 10.06.2025)
1. Бабушка суррогатного внука стала его мамой // URL: <https://rg.ru/2010/10/22/rebenok.html> (дата обращения: 5.06.2025)
2. Власти Китая обвинили генетика в организации эксперимента с эмбрионами ради личной выгоды // URL: <https://tass.ru/obschestvo/6021371> (дата обращения: 8.06.2025)
3. Суд отказал бабушке четырех «суррогатных» внуков в их регистрации // URL: <https://rg.ru/2011/06/09/kelesheva.html> (дата обращения: 5.06.2025)
4. Эмбрион человека: кто или что? // URL: <https://legalforum.info/programme/business-programme/7766/> (дата обращения: 27.05.2025)

Об авторе:

Довнар Алексей Николаевич — юрисконсульт Центра правовых экспертиз и сопровождения образовательной деятельности Дирекции по правовым вопросам Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва, adovnar@hse.ru

Alexey Nikolaevich Dovnar — counsel 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., 2025

Для цитирования:

Довнар А. Н. «Эмбрион человека: что или кто?»: обзор панельной дискуссии XIII Петербургского международного юридического форума 2025 года // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 9-23.

For citation:

Dovnar A. N. «Human embryo: what or who?»: review of the panel discussion of the XIII St. Petersburg international legal forum 2025 // М.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 9-23.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 17.06.2025 г.

Малышева А. А.

ФИНАНСОВЫЕ ПРАВООТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОМИССИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья посвящена финансовым правоотношениям в системе ОМС, возникающим при взаимодействии комиссий по разработке территориальной программы ОМС и медицинских организаций. Цель — определить роль финансовых правоотношений с участием указанных субъектов в механизме предоставления бесплатной медицинской помощи и выявить проблемы нормативного регулирования, возникающие при их взаимодействии. Используются формально-юридический метод, анализ и синтез. Результаты: подтверждена ключевая роль финансовых правоотношений при предоставлении медицинской помощи и выявлены проблемы во взаимодействии комиссий и медицинских организаций — непринятие комиссией решения по заявке о перераспределении объёмов или же принятие субъективных решений, итогом которых являются последующие отказы в оплате сверхплановой помощи. В заключение предлагаются нормативные изменения для устранения выявленных проблем.

Ключевые слова: финансовые правоотношения, комиссия, территориальная программа ОМС, медицинская помощь, бюджет

Anastasia Malysheva

FINANCIAL LEGAL RELATIONS IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM: PROBLEMS OF INTERACTION BETWEEN COMMISSIONS AND MEDICAL ORGANIZATIONS

The article is devoted to financial legal relations in the compulsory medical insurance system, arising from the interaction of commissions for the development of a territorial compulsory medical insurance program and medical organizations. The purpose is to determine the role of financial legal relations involving these entities in the mechanism of providing free medical care and to identify regulatory problems arising from their interaction. The formal legal method, analysis and synthesis are used. Results: the key role of financial legal relations in the provision of medical care was confirmed and problems were identified in the interaction of commissions and medical organizations — the commission's failure to make a decision on the request for volume redistribution or the adoption of subjective decisions, the result of which are subsequent refusals to pay for over-scheduled care. In conclusion, regulatory changes are proposed to eliminate the identified problems.

Keywords: financial legal relations, commission, territorial compulsory health insurance program, medical care, budget

Конституцией Российской Федерации каждому гарантируется право на оказание бесплатной медицинской помощи¹. Для эффективной реализации этого правомочия нормативными правовыми актами предусматривается механизм финансового обеспечения указанной деятельности за счёт средств системы обязательного медицинского страхования, федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Система, определяющая порядок финансирования бесплатного для граждан оказания медицинской помощи, состоит из множества общественных отношений между различными субъектами, урегулированных нормами права. В процессе данной деятельности возникают, изменяются и прекращаются правоотношения различной отраслевой принадлежности: административно-правовые, гражданско-правовые, но ключевыми и наиболее часто встречающимися являются финансовые правоотношения. Этот тезис подтверждается при соотношении особенностей правоотношений, реализующихся в процессе финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи и особенностей, присущих финансовым правоотношениям. Одним из основных отличий последних является возникновение в процессе планового образования, распределения и использования публичных денежных фондов. Правоотношения, реализующиеся в процессе финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи, связаны именно с публичными денежными фондами, так как финансирование происходит за счёт средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

Финансовые правоотношения являются разновидностью имущественных правоотношений, которые имеют публичный характер, так как возникают по поводу финансовых

ресурсов, использующихся на общезначимые потребности. Эта особенность присуща и анализируемым в статье правоотношениям. Государство берёт на себя общезначимое социальное обязательство по оказанию медицинской помощи гражданам и выполняет его в процессе своей финансовой деятельности.

Еще одной особенностью финансовых правоотношений является участие в качестве одной из сторон государства или уполномоченного им органа [4, с.70]. В случае с правоотношениями, реализующимися в процессе финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи, одной из сторон, зачастую, также выступает уполномоченный государством орган или публичный субъект. Одним из таких субъектов является комиссия по разработке территориальной программы ОМС (далее — Комиссия). Исходя из правомочий, установленных в положении о деятельности Комиссии², представляется возможным предположить, что наиболее часто возникают финансовые правоотношения с участием Комиссии относительно распределения объёмов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями в пределах объёмов, установленных территориальной программой ОМС.

В настоящее время в процессе реализации финансовых правоотношений указанного вида нередко возникают спорные ситуации, что связано с несовершенством механизма их нормативного регулирования. Так, в правоприменительной практике возникает несколько категорий проблем:

Первая проблема — это отказ в перераспределении объёмов медицинской помощи или отсутствие обращения медицинской организации в Комиссию с заявлением о перераспределении, что впоследствии является причиной для отказа в предоставлении оплаты за сверхплановую оказанную медицинскую помощь. Этот аспект более подробно исследовался автором в иной опубликованной работе [3, с. 269-272], достаточно часто

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30 декабря 2008 года № 6-ФКЗ, от 30 декабря 2008 года № 7-ФКЗ, от 5 февраля 2014 года № 2-ФКЗ, от 21 июля 2014 года № 11-ФКЗ, от 14 марта 2020 года № 1-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 5-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 6-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 7-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 8-ФКЗ) // URL: <http://pravo.gov.ru/constitution/> (дата обращения: 12.04.2025).

² Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 №54643) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201905170008> (дата обращения: 10.05.2025).

освещается в научной литературе (в частности Ф. Н. Кадыров ещё в 2019 году указал, что «практически невозможно строго уложиться в выделенные объёмы медицинской помощи, так как с высокой степенью точности сложно предсказать заболеваемость, в связи с чем все финансовые риски возлагаются на медицинскую организацию, что не соответствует логике страхования» [1, с. 70], а в 2025 году осуществил анализ обзора судебной практики Верховного Суда Российской Федерации по аналогичным правоотношениям [2]) и является предметом не только множества судебных споров (например, определение Верховного Суда РФ от 24 мая 2023 г. №307-ЭС23-7224 по делу №А56-28564/2022, определение Верховного Суда РФ от 13 января 2023 г. №310-ЭС22-12150 по делу №А23-6915/2020), но и одним из основных вопросов в обзоре судебной практики по делам, которые связаны с применением законодательства об ОМС, утверждённым Верховным Судом Российской Федерации в 2024 году³ (далее — обзор судебной практики по ОМС).

Суть проблемы заключается в том, что если медицинская организация не обращалась в Комиссию для решения вопроса о перераспределении объёмов медицинской помощи, которую она может оказывать в плановом году, впоследствии эти объёмы оказанной помощи превышены, и медицинская организация предъявляет требование об оплате сверхплановой оказанной медицинской помощи, то такое требование не будет удовлетворено. Причиной является несоблюдение организационного механизма перераспределения запланированных объёмов. Данная ситуация в практической деятельности может приводить к отказам медицинской организации в оказании застрахованным лицам медицинской помощи в связи с исчерпанием годового объёма предоставления медицинской помощи, что, в определённой степени, нарушает принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи, установ-

ленный статьёй 11 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ⁴. Наличие указанной проблемы, которая является массовой и длится на протяжении нескольких лет, свидетельствует об отсутствии чётко закреплённого статуса Комиссии и организационного механизма ее взаимодействия с медицинскими организациями по вопросам перераспределения медицинской помощи при превышении ими плановых установленных объёмов.

Второй проблемой является бездействие Комиссии при обращении к ней медицинской организации, выражающееся в отсутствии принятия итогового решения по заявлению медицинской организации о перераспределении выделенных объёмов оказываемой медицинской помощи. В иной статье автором более подробно исследована данная проблема и по итогам анализа решений Комиссий различных субъектов Российской Федерации, представленных в протоколах и размещённых в открытом доступе в сети Интернет установлено, что в зависимости от региона сроки рассмотрения заявок медицинских организаций разнятся, итоги вынесения решения по заявке в некоторых случаях откладываются на более поздний период (например, заявка медицинской организации, которая была подана в феврале, будет рассмотрена только по итогам работы за I полугодие) [3, с. 270-271], что не может гарантировать своевременное и правомерное решение Комиссией вопроса о перераспределении объёмов оказываемой медицинской помощи.

Третья проблема — это возможное несоответствие решения Комиссии о перераспределении объёмов медицинской помощи критериям, которые установлены в законодательстве об ОМС. Так, в некоторых случаях Комиссии необоснованно отказывают медицинским организациям в перераспределении объёмов медицинской помощи исходя из фактических данных предъявленной к оплате и оплаченной оказанной медицинской помощи на период подачи заявки, но не учитывая достаточность мощности медицинской орга-

3 Обзор судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании (утв. Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 27.11.2024) // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, №3, март, 2025.

4 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

низации, кадровое обеспечение, количество прикрепленных застрахованных лиц, а также иные нормативно установленные в пункте 11 положения о Комиссии критерии (обзор судебной практики по ОМС). В силу отсутствия четко регламентированного механизма данная проблема может быть решена медицинской организацией в настоящее время только в судебном порядке.

Четвёртой проблемой является возможный субъективизм и ошибочность действий и решений Комиссии при перераспределении объёмов медицинской помощи. Так, в правоприменительной практике присутствуют случаи, когда медицинская организация включена в перечень организаций, которые оказывают экстренную специализированную медицинскую помощь, обращалась в Комиссию с заявлением об увеличении объёмов распределённой медицинской помощи, однако Комиссия ошибочно спрогнозировала отсутствие оснований для увеличения объёмов медицинской помощи заявителю, что впоследствии привело к превышению плановых объёмов, отказах в оплате медицинской организации оказанной медицинской помощи и защите прав в судебном порядке (обзор судебной практики по ОМС).

Пятая проблема взаимосвязана с предыдущей и состоит в том, что медицинской организации необходимо доказать Комиссии обоснованность требований об увеличении объёмов распределённой медицинской помощи. В ином случае не только решение Комиссии будет отрицательным, но попытка защиты прав медицинской организации в судебном порядке, возможно, тоже не будет иметь положительного эффекта (обзор судебной практики по ОМС).

Сложившаяся ситуация приводит к мысли о том, что действующий механизм взаимодействия Комиссии и медицинских организаций при реализации финансовых правоотношений относительно распределения и перераспределения объёмов оказываемой медицинской помощи направлен не на обеспечение условий качественного предоставления медицинской помощи, а на постоянную борьбу медицинской организации за предоставление дополнительных объёмов медицинской помощи, в том числе и в ситуациях, когда объём

оказываемой помощи спрогнозировать не представляется возможным.

Таким образом, проведённый анализ финансовых правоотношений в системе ОМС позволяет говорить об их ключевой роли в реализации механизма предоставления бесплатной медицинской помощи. Эти правоотношения, обладая публичным характером, связаны с плановым распределением и использованием средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, что подчёркивает их значимость для реализации социальных обязательств государства. Однако в действующем механизме взаимодействия между комиссией по разработке территориальной программы ОМС и медицинскими организациями присутствует несколько системных проблем. Среди них отказы в перераспределении объёмов медицинской помощи или отсутствие обращения медицинской организации в Комиссию с заявлением о перераспределении, что впоследствии является причиной для отказа в предоставлении оплаты за сверхплановую оказанную медицинскую помощь, непринятие Комиссией решения по заявке медицинской организации о перераспределении объёмов медицинской помощи (фактически её бездействии), необоснованность и субъективизм при принятии Комиссией решения о перераспределении объёмов медицинской помощи (или об отказе в нём).

Выявленные проблемы свидетельствуют об отсутствии надлежаще структурированного нормативного механизма взаимодействия между Комиссией и медицинскими организациями, что приводит к организационным сложностям, возникновению большого количества судебных споров с участием указанных субъектов, отказам в оказании медицинской помощи и, как следствие, нарушениям конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Для решения сложившейся ситуации представляется целесообразным законодательно закрепить правовой статус Комиссии и обязательность обращения к ней медицинских организаций по вопросам перераспределения предоставленных им объёмов медицинской помощи, дополнив часть 9 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 года

№326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также нормативно установить разумный срок для принятия решений Комиссией посредством внесения изменений в пункт 12

Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС, утверждённого приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. №108н.

Список литературы:

1. Кадыров Ф. Н. Вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2019. №3. С. 70-78.
2. Кадыров Ф. Н. Уроки обзора судебной практики в системе обязательного медицинского страхования. Часть 1. Вопросы превышения выделенных объемов специализированной, в т. ч. высокотехнологичной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. 2025. №1. С. 4-15.
3. Малышева А. А. Финансово-правовые аспекты деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС: проблемы перераспределения объемов медицинской помощи и судебная практика // Бизнес. Образование. Право. 2025. №2 (71). С. 268-273.
4. Финансовое право: учебник / отв. ред. Н. И. Химичева, Е. В. Покачалова. 6-е изд., перераб. и доп. // Москва: Норма: ИНФРА-М, 2025. 800 с.

Об авторе:

Малышева Анастасия Андреевна — доцент кафедры финансового, банковского и таможенного права им. профессора Н. И. Химичевой ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», кандидат юридических наук, Саратов, asyamalysheva@mail.ru

Anastasia Andreevna Malysheva — Associate Professor of the Financial, Banking and Customs Law Department named after Professor N. I. Khimicheva, Saratov State Law Academy, PhD in Law, Saratov

© Малышева А. А., 2025

Для цитирования:

Малышева А. А. Финансовые правоотношения в системе обязательного медицинского страхования: проблемы взаимодействия комиссий и медицинских организаций // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 24-28.

For citation:

Malysheva A. A. Financial legal relations in the compulsory health insurance system: problems of interaction between commissions and medical organizations // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 24-28.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.05.2025 г.

Осипов М. Ю.

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРАВОВОГО МЕХАНИЗМА ОПЛАТЫ УСЛУГ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

В статье рассматриваются проблемы совершенствования правового механизма оплаты услуг в сфере обязательного медицинского страхования. Предметом исследования, результаты которого изложены в настоящей статье, выступают особенности законодательного обеспечения оплаты услуг в сфере обязательного медицинского страхования. Цель исследования состоит в том, чтобы рассмотреть возможные пути совершенствования законодательного обеспечения оплаты услуг в сфере обязательного медицинского страхования. В качестве методов исследования используются: формально-юридический метод, метод юридического моделирования, а также общенаучные методы: анализ, синтез, индукция, дедукция, абстрагирование, обобщение. В ходе исследования была установлена необходимость закрепления в законодательстве следующих положений: размеры тарифов на оплату медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию должны определяться учреждением здравоохранения самостоятельно исходя из стоимости медицинских услуг, по договорам об оказании платных медицинских услуг; медицинские организации, учредителем которых является государство или муниципальные образования, обязаны участвовать в оказании медицинской помощи по ОМС. Указанные законодательные изменения направлены на преодоление дефицита медицинских услуг, оплачиваемых за счёт средств обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: право, механизм, медицинские услуги, оплата, тарифы

Mikhail Osipov

ON IMPROVING THE LEGAL MECHANISM FOR PAYMENT FOR SERVICES UNDER COMPULSORY MEDICAL INSURANCE

The article considers the problems of improving the legal mechanism of payment for services in the sphere of compulsory health insurance. The subject of the research, the results of which are presented in this article, are the peculiarities of legislative provision of payment for services in the sphere of compulsory health insurance. The purpose of the study is to consider possible ways to improve the legislative provision of payment for services in the sphere of compulsory health insurance. The methods of research are: formal-legal method, method of legal modelling, as well as general scientific methods: analysis, synthesis, induction, deduction, abstraction, generalization. The study established the need to enshrine the following provisions in legislation: the rates for payment of medical services under compulsory medical insurance must be determined by the healthcare institution independently based on the cost of medical services, under contracts for the provision of paid medical services; medical organizations founded by the state or municipalities are required to participate in the provision of medical care under compulsory medical insurance. The specified legislative changes are aimed at overcoming the deficit of medical services paid for by compulsory medical insurance.

Keywords: law, mechanism, medical services, payment, tariffs

Одной из проблем, стоящих перед юридической наукой, является проблема определения качества законодательного обеспечения в сфере обязательного медицинского страхования. Вопросам совершенствования обязательного медицинского страхования

посвящён целый ряд научных работ [1, с. 41; 4, с. 6; 6, с. 27; 10, с. 7; 14, с. 152-154]. В указанных исследованиях рассматриваются различные аспекты совершенствования системы обязательного медицинского страхования, в основном финансовые и финансо-

во-правовые. Однако, по мнению автора, в указанных работах уделено недостаточное внимание анализу некоторых аспектов законодательного обеспечения оплаты медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию, в частности таким вопросам, как анализ правовых основ формирования тарифов на оплату услуг по обязательному медицинскому страхованию, порядок формирования данных тарифов. Недостаточное внимание в законодательстве уделено вопросам учёта оказанных медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию, а также порядку и срокам оплаты указанных услуг.

О необходимости качественных улучшений системы обязательного медицинского страхования говорит и судебная практика, анализ которой показывает наличие целого ряда дефектов в работе правовых механизмов оплаты услуг по обязательному медицинскому страхованию, в частности нередко территориальные фонды обязательного медицинского страхования не оплачивают медицинские услуги, оказанные жителям других регионов.

Кроме того, анализ судебной практики показывает, что нередко при увеличении роста числа желающих получить медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию тарифы на оказание услуг по нему оказываются ниже, чем себестоимость данных услуг, при этом оспорить данное решение фонда обязательного медицинского страхования невозможно, ибо, как указал суд в своём решении от 30 января 2024 г. по делу №3А-415/2023, «органы государственной власти не обязаны обеспечивать рентабельность работы медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования»¹.

Всё это может приводить к «дефициту услуг, оказываемых в рамках обязательного медицинского страхования» [13, с. 423; 15 с. 390; 18, с. 550; 19, с. 316; 20, с. 2675; 22, с.200], что в свою очередь «приводит к нарушению

конституционных прав граждан в сфере медицинской помощи» [2, с. 37; 8, с. 32-37; 16, с. 32-37].

Вместе с тем анализ сведений по экономике системы здравоохранения показывает, что расходы населения на оплату медицинских услуг в 2024 г. составили 1 571 154,3 миллиона рублей², что соответствует, примерно, 1% от общего дохода населения, поскольку население России составляет около 146,4 миллиона человек, а среднедушевой доход населения в 2023-2024 г. составил 53 579 в месяц³.

Для определения доли личных расходов населения была использована следующая формула:

удельный вес платных медицинских услуг в общем объёме доходов населения = общий объём оказанных платных медицинских услуг / среднемесячный душевой доход населения × 12 × общая численность населения

При этом объём платных медицинских услуг в Российской Федерации составляет всего лишь 42% от общего бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2024 г.⁴ и 36% от общего бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2025 г.⁵ Понятно, что величина консолидированного бюджета фондов обязательного медицинского страхования значительно выше.

Однако, в целом ряде случаев люди вынуждены оплачивать оказание медицинской помощи путём заключения соответствующих договоров на оказание платных медицинских услуг, несмотря на систему ОМС, поскольку некоторые федеральные медицинские центры вообще отказываются работать в систе-

² Объём платных услуг населению по Российской Федерации, годы // URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Plat_usl_2024.xlsx (дата обращения: 07.04.2025).

³ Российский статистический ежегодник, 2023. М., 2023. С. 50.

⁴ Федеральный закон от 08.07.2024 №163-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2023 год» // Собрание законодательства Российской Федерации, 15.07.2024, №29 (Часть II), ст. 4092.

⁵ Федеральный закон от 30.11.2024 №422-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации, 02.12.2024, №49 (часть IV), ст. 7413.

¹ Решение Архангельского областного суда №3А-415/2023 3А-8/2024 3А-8/2024(3А-415/2023;)-М-495/2023 М-495/2023 от 30.01. 2024 г. по делу №3А-415/2023 // URL: sudact.ru/regular/doc/2YGtVnqhGo6Q/ (дата обращения: 09.04.2025).

ме ОМС⁶, что приводит к нарушению конституционных гарантий прав граждан на получение медицинской помощи.

Всё вышеизложенное предполагает необходимость проведения исследований проблем функционирования правового механизма оплаты услуг по обязательному медицинскому страхованию, в том числе и обуславливает актуальность данного исследования.

Для того чтобы провести подобного рода исследования по оценке качества законодательного обеспечения оплаты услуг в сфере обязательного медицинского страхования, представляется необходимым воспользоваться методом юридического моделирования [3, с. 165; 9, с. 78-79; 11, с. 88-90; 12, с. 104-105; 17, с. 157-170; 21, с. 858] и его такой разновидности как метод ситуационного юридического моделирования [5, с. 72; 7, с. 257]. Суть данного метода, как отмечается в литературе, «состоит в том, что моделируются реальные юридические ситуации, которые приводят к тем или иным правовым последствиям» [7, с. 25].

Применительно к предмету нашего исследования метод юридического моделирования позволяет понять, насколько качественно и эффективно работает законодательное обеспечение оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования. В связи с этим представляется необходимой постановка вопросов и формулирование на них ответов:

1. *Достаточно ли денежных средств для обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи?*

Нет, недостаточно, поскольку имеется «дефицит бюджета фонда обязательного медицинского страхования в объёме 136 617 720,2 тыс. рублей в 2025 г.»⁷. При этом для того, чтобы полностью покрыть расходы населения на оказание платных медицинских услуг за счёт средств ОМС необходимо увеличить бюджет фондов обязательного медицинского страхования на 1 571 154,3 миллиона рублей.

6 Официальный сайт ФГБУ «НМИЦ ТО им. Р. Р. Вредена» Минздрава России. Консультативный приём // URL: <https://rniito.ru/r/konsultativno-diagnosticheskoe-otdelenie/> (дата обращения: 09.04.2025).

7 Федеральный закон от 30.11.2024 №422-ФЗ.

2. *Насколько понятен и прозрачен порядок установления тарифов на оказание медицинских услуг в рамках ОМС?*

Не совсем понятен и прозрачен, поскольку роль медицинских организаций в установлении тарифа на оказание медицинских услуг в рамках ОМС является минимальной, что в ряде случаев приводит к дефициту оказания бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС, поскольку, если величина тарифов на оплату медицинских услуг в рамках ОМС является ниже рыночной цены, это неизбежно приводит к дефициту оказания бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС. Так, например, первичный приём врача-травматолога-ортопеда в случае получения травмы в г. Москве в рамках системы ОМС в городских ЛПУ составляет 96,18 руб.⁸, тогда как первичная цена приёма травматолога в НМИЦ травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова составляет по договору об оказании платных медицинских услуг 3 500,00 руб.⁹

3. *Насколько имеются существенные различия между тарифами на оказание медицинских услуг по ОМС и платными тарифами?*

Имеются и существенно отличаются в меньшую сторону, что порождает дефицит медицинских услуг в рамках ОМС.

8 Приложение №10 к Тарифному соглашению на 2024 год от «29 декабря 2023 года Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, за единицу объёма медицинской помощи, применяемые для осуществления горизонтальных расчётов, при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, при оплате отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и не участвующих в горизонтальных расчётах// URL: https://medprofsouz.ru/media/doc/finansirovanie_zdravoohraneniya/prilozhenie_10_k_ts_2024.pdf (дата обращения 14.09.2024).

9 Прейскурант на платные медицинские и немедицинские услуги, оказываемые в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России // URL: <https://www.cito-priorov.ru/upload/iblock/52c/nrqxunazhcoudbzx02x34j9isucxij8x.pdf> (дата обращения 14.09.2024).

4. Охватывает ли программа ОМС все виды медицинской помощи?

Нет, охватывает не все виды медицинской помощи, а только те, которые включены в соответствующие программы ОМС¹⁰.

5. Определены ли порядок и сроки оплаты медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию, а также порядок и сроки возмещения расходов страховым компаниям по оплате услуг по обязательному медицинскому страхованию?

Нет, четко не определены, что порождает трудности в получении денежных средств медицинскими организациями.

6. Установлено ли в качестве обязательного требования в отношении государственных и муниципальных медицинских организаций их обязанность участвовать в программах обязательного медицинского страхования?

Нет, не установлена, что позволяет государственным и муниципальным медицинским организациям не участвовать в работе в рамках ОМС, что в итоге, крайне негативно сказывается на охране здоровья населения, прежде всего социально незащищенных его групп.

Анализ качества работы правового механизма оплаты услуг по обязательному медицинскому страхованию позволил выдвинуть ряд предложений, направленных на совершенствование правового механизма оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования. Предлагаемые изменения представлены в таблице.

Анализ правового механизма оплаты услуг по обязательному медицинскому страхованию позволил установить следующие факты:

1. Наличие номинального дефицита бюджета фонда обязательного медицинского страхования в объеме 136 617 720,2 тыс. рублей в 2025 г.»¹¹, тогда как реальный дефицит бюджета системы ОМС, равный сумме затрат населения на оплату медицинских ус-

луг, при условии что все медицинские услуги будут оплачиваться за счёт средств ОМС составляет 1 571 154,3 миллиона рублей¹² или 42% от общего объёма бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2024 году¹³, и 36% от общего объёма бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2025 году¹⁴.

2. Основной проблемой, выступающей препятствием для реализации «права гражданином на получение бесплатной медицинской помощи» является проблема тарифов на оказание медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию, которые в целом ряде случаев оказываются ниже рыночных, что, естественно, приводит к дефициту услуг по ОМС, а также наличие высокотехнологической медицинской помощи, не включенной в программу ОМС, что приводит к созданию дефицита при оказании медицинских услуг, связанных с получением высокотехнологической медицинской помощи и нарушению прав граждан на получение такой помощи¹⁵ [24].

3. Отсутствие обязательного лицензионного требования для всех государственных и муниципальных медицинских организаций участвовать в программах ОМС.

4. Отсутствие чётко установленных сроков оплаты медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию.

5. Наличие видов медицинской помощи и услуг, оплачиваемых за счёт средств ОМС, которые по сути своей медицинской помощью не являются.

В частности, аборт, в этом смысле, имеет более сложную природу, поскольку в зависи -

10 Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации, 30.12.2024, №53 (часть II), ст. 8753.

11 Федеральный закон от 30.11.2024 №422-ФЗ.

12 Объём платных услуг населению по Российской Федерации // URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Plat_usl_2024.xlsx (дата обращения: 07.04.2025).

13 Федеральный закон от 08.07.2024 №163-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2023 год» // Собрание законодательства Российской Федерации, 15.07.2024, №29 (Часть II), ст. 4092.

14 Федеральный закон от 30.11.2024 №422-ФЗ.

15 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

**Предлагаемые изменения в действующее законодательство в сфере
охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи^{16, 17}**

Действующая редакция	Предлагаемая редакция
Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	
Пункт 1 части 1 статьи 20	
1. Медицинские организации имеют право: 1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключённых договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также — тарифы на оплату медицинской помощи) по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.	1. Медицинские организации имеют право: 1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключённых договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также — тарифы на оплату медицинской помощи) по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом. При этом срок выплаты средств за оказанную медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию не может превышать 10 дней со дня оказания гражданину соответствующих медицинских услуг.
Часть 1 статьи 30	
1. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, утверждённой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования формируются медицинской организацией, исходя из рыночной стоимости оказанных медицинских услуг (стоимости услуг по договорам об оказании платных медицинских услуг, оказываемых данной медицинской организацией).
Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Пункт 3 части 1 статьи 2	
3) медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.	3) медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Не являются медицинской помощью медицинские манипуляции, которые не носят лечебного или диагности-

¹⁶ Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102143352> (дата обращения 14.09.2024).

¹⁷ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ.

<i>Действующая редакция</i>	<i>Предлагаемая редакция</i>
	ческого эффекта (косметологические операции, искусственное прерывание беременности, увеличение роста, и иные подобные манипуляции). Проведение указанных манипуляций за счёт средств обязательного медицинского страхования не допускается.
Часть 7.1 статьи 34	
7.1. Порядок формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включает в том числе предельные сроки, по истечении которых виды высокотехнологичной медицинской помощи включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования	7.1. Высокотехнологическая медицинская помощь оказывается гражданам за счёт средств федерального фонда ОМС, в плановом или экстренном порядке, в соответствии с утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи. Все виды высокотехнологической медицинской помощи подлежат включению в базовую программу обязательного медицинского страхования на федеральном уровне. 7.1.1. Порядок оказания высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включает в том числе предельные сроки оказания такой помощи, порядок оплаты высокотехнологической медицинской помощи.
Статья 56	
1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия. 2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель. 3. Искусственное прерывание беременности проводится: 1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности: а) при сроке беременности четвёртая — седьмая недели; б) при сроке беременности одиннадцатая — двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности; 2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая — десятая недели беременности. 4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний — независимо от срока беременности.	1. Запрещается искусственное прерывание беременности, за исключением случаев предусмотренных настоящей статьей. 2. Искусственное прерывание беременности допускается по решению консилиума врачей, если сохранение беременности создаёт непосредственную угрозу жизни и здоровью матери и плода, и устранить эту угрозу другими средствами не представляется возможным, а также при наличии правовых обстоятельств, предусмотренных законодательством Российской Федерации. 3. Лица, осуществившие искусственное прерывание беременности вопреки запрету, установленному настоящей статьей, несут ответственность в соответствии с уголовным законодательством Российской Федерации. 4. Искусственное прерывание беременности, в случаях, предусмотренных частью 2 настоящей статьи у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению её законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

Действующая редакция	Предлагаемая редакция
5. Социальные показания для искусственного прерывания беременности определяются Правительством Российской Федерации. 6. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению её законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной. 8. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечёт за собой административную или уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.	
Статья 79	
— // —	Дополнить пунктом 3.1 следующего содержания: 3.1) участвовать в программах обязательного медицинского страхования. Исполнение указанной обязанности является лицензионным требованием для медицинских организаций, входящих в государственную систему здравоохранения или муниципальную систему здравоохранения.

мости от жизненных, правовых и клинических обстоятельств, в рамках установленного правового регулирования, он может выступать как в качестве необходимой и обязательной медицинской процедуры, так и быть проявлением личного выбора, не основанного на правовых и клинических доводах.

Такого рода анализ с принятием соответствующих решений мог бы способствовать высвобождению определённых объёмов финансовых ресурсов ОМС с их использованием для осуществления медицинской деятельности.

Мы считаем, что важным является законодательное установление в качестве обязательного требования, а не произвольного выбора, участия государственных и муниципальных медицинских организаций в программах обязательного медицинского страхования, что, по нашему мнению, основано на наличии безусловного «конституционно-

го права граждан на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения»¹⁸, закреплённого в части 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации. В связи с этим равенство форм собственности при оказании медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях является проблематичным, поскольку в действительности дифференциация законодательного регулирования между

¹⁸ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30 декабря 2008 года № 6-ФКЗ, от 30 декабря 2008 года № 7-ФКЗ, от 5 февраля 2014 года № 2-ФКЗ, от 21 июля 2014 года № 11-ФКЗ, от 14 марта 2020 года № 1-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 5-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 6-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 7-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 8-ФКЗ) // URL: <http://pravo.gov.ru/constitution/> (дата обращения: 12.04.2025).

ними в части оплаты услуг по оказанию медицинской помощи осуществлена на уровне Конституции России. Соответственно объём прав и обязанностей медицинских организаций, закреплённых в статьях 78-79 Федерального закона №323-ФЗ [24] в части обязательности участия государственных и муниципальных медицинских организаций в программах обязательного медицинского страхования, должен быть скорректирован с учётом необходимости реализации конституционно-правовой нормы, закреплённой в статье 41 Конституции России, поскольку в противном случае эта конституционно-правовая норма в ряде случаев оказывается нереализованной, например, в ситуации отказа государственной или муниципальной медицинской организации участвовать в программах ОМС.

Необходимость установления тарифов на оплату услуг по ОМС на уровне договоров на оказание платных медицинских услуг, а также чёткое закрепление в законодательстве сроков оплаты медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию будет способствовать ликвидации дефицита медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, что в свою очередь повысит

эффективность реализации конституционного права граждан на оказание бесплатной медицинской помощи¹⁹, равно как и отмена существующего порядка оказания высокотехнологической медицинской помощи, поскольку промедление с её оказанием в целом ряде случаев может приводить к серьёзным последствиям для здоровья, а иногда и жизни пациента.

Предлагаемые автором изменения в законодательное регулирование аборт обусловлено, прежде всего, необходимостью укрепления репродуктивного здоровья женщины, поскольку аборты способствуют наступлению бесплодия, развитию других гинекологических и общесоматических заболеваний.

Таким образом, предложенный ряд изменений и дополнений в действующее законодательство, которое регулирует вопросы оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, позволит укрепить нравственные начала в медицине, и снизить риски необоснованного отказа в оказании медицинской помощи.

¹⁹ Конституция Российской Федерации.

Список литературы:

1. Архипов А. П. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования // Финансы. 2009. №9. С. 41-46.
2. Брусник Е. В., Носков Б. П. Состояние нормативно-правовой базы и правовое обеспечение национальных проектов в сфере здравоохранения // Социальное и пенсионное право. 2007. №1. С. 36-40.
3. Дегтярев М. В. Предиктивное моделирование в праве: образ будущего законодательного акта // Методологические проблемы цивилистических исследований. 2022. №4. С. 163-180. DOI 10.33397/2619-0559-2022-4-4-163-180.
4. Дрошнев В. В. Теоретико-методологические основы совершенствования финансового механизма функционирования обязательного медицинского страхования в России: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2005. 41 с.
5. Едресов С. А. Теоретические и практические аспекты ситуационного моделирования как метода обучения уголовно-процессуальных дисциплин // Основные тенденции уголовного, уголовно-исполнительного права и криминологии: Сборник материалов круглого стола в рамках VII Пермского международного конгресса ученых-юристов, Пермь, 19 ноября 2016 года. Пермь: Пермский институт Федеральной службы исполнения наказаний, 2016. С. 71-75. EDN HCJKUC.

6. Зуева О. К. Методика совершенствования медицинской системы обязательного страхования // Современная налоговая система: состояние, проблемы и перспективы развития: VIII Всероссийская заочная научная конференция с международным участием: сборник трудов, Уфа, от июня 2014 года / Под ред. М. К. Аристарховой; ГОУ ВПО «Уфимский государственный авиационный технический университет» // Уфа: ГОУ ВПО «Уфимский государственный авиационный технический университет», 2014. С. 27.
7. Киселев Ю. В., Аксенов А. В., Киреев В. С. Обзор методов ситуационного моделирования в управлении // Теория. Практика. Инновации. 2016. №12 (12). С. 20-26.
8. Комарова В. В. Социальная государственность России и право на охрану здоровья, медицинскую помощь // Право и государство: теория и практика. 2014. №2. С. 32-38.
9. Максуров А. А. Моделирование как перспективный метод исследования эффективности координационной юридической практики // Современное право. 2007. №12. С. 78-79. EDN VBBQGJ.
10. Малышева А. А. Финансово-правовое регулирование деятельности субъектов обязательного медицинского страхования: дис. ... канд. юрид. наук, 2021. 272 с.
11. Петров А. В. Метод моделирования в юридической науке // Наука и инновационные образовательные технологии: современные концепции: материалы V Всероссийской (национальной) научно-методической конференции, Ставрополь, 08 февраля 2019 года. Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательско-информационный центр «Фабула», 2019. С. 88-90. EDN DOVTAB.
12. Петров А. В., Зырянов А. В. Метод моделирования в юридической науке // Материалы IV Всероссийских научно-методических чтений профессорско-преподавательского состава и аспирантов Ставропольского института кооперации (филиала) БУКЭП: Сборник IV Всероссийских научно-методических конференций профессорско-преподавательского состава и аспирантов СтИК (филиала) БУКЭП, Ставрополь, 21-23 ноября 2017 года / Под общей ред. В.Н. Глаза, С.А. Турко. Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательско-информационный центр «Фабула», 2017. С. 104-105.
13. Познер Р. «Экономический анализ права». В 2-х т. Том. 1 Перевод с английского под редакцией В. А. Тамбовцева // СПб: Санкт Петербургский филиал Высшей школы экономики, 2004. 548 с.
14. Хаджимурадова Т. Х. Основные направления совершенствования правовых основ обязательного медицинского страхования // Тенденции развития науки и образования. 2021. №72-6. С. 152-154. DOI 10.18411/lj-04-2021-256. EDN KFYDQ.
15. Хайек Ф. А. Индивидуализм и экономический порядок / Фридрих Хайек; пер. с англ. О. А. Дмитриевой под ред. Р. И. Капелюшниковой // Челябинск: Социум, 2011. XXVIII. 394 с. (Серия: «Австрийская школа». Вып. 24).
16. Юрченко И.А. Нарушения прав человека в сфере здравоохранения // Омбудсмен. 2012. №2. С. 31-38.
17. Branting L. K. Reasoning with rules and precedents: a computational model of legal analysis // Springer Science & Business Media, 2013. 219 p.
18. Cooter R., Ulen T. Law and Economics. 5th ed. Boston, MA: Pearson Addison, 2008-555 p.
19. Lightbourne A. et al. Living with endometriosis: a reflexive thematic analysis examining women's experiences with the Irish healthcare services // Qualitative Health Research. 2024. Т. 34. №4. Р. 311-322.

20. Pozniak K. et al. What do parents want from healthcare services? Reports of parents' experiences with pediatric service delivery for their children with disabilities // *Disability and Rehabilitation*. 2024. Т. 46. №12. С. 2670-2683.
21. Soltana G. et al. Model-based simulation of legal policies: Framework, tool support, and validation // *Software & Systems Modeling*. 2018. Т. 17. Р. 851-883.
22. Zerhe R. O. *Economic Efficiency in Law and Economics*. Cheltenham: Edward Elgar, 2001. 232 p.

Об авторе:

Осипов Михаил Юрьевич — старший научный сотрудник АНО ВО «Международная полицейская академия ВПА», кандидат юридических наук, Тула, osipov11789@yandex.ru

Mikhail Yuryevich Osipov — Senior Researcher, Autonomous non-commercial organisation of higher education 'International Police Academy VPA', PhD in Law, Tula

© Осипов М. Ю., 2025

Для цитирования:

Осипов М. Ю. О совершенствовании правового механизма оплаты услуг по обязательному медицинскому страхованию // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 29-38.

For citation:

Osipov M.Y. On improving the legal mechanism for payment for services under compulsory medical insurance // М.: National Institute of medical law. *Medical law: theory and practice*. 2025. №1-2 (27-28). Р. 29-38.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 17.04.2025 г.

Рыбицкая С. О.

КВАЛИФИКАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯМ БЕЗОПАСНОСТИ: НОВОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО — СТАРЫЕ ВОПРОСЫ

Основываясь на анализе судебной практики и конструктивных особенностях ст. 238 УК РФ, определены проблемы уголовно-правового противодействия ятрогенным преступлениям, среди которых сложности разграничения ст. 109, 118 и ст. 238 УК РФ, дифференцирования понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь», а также неясность определения источников, содержащих требования безопасности. Обращено внимание на недопустимость разграничения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» по признаку возмездности. Автором высказаны предположения о возможности декриминализации преступного промысла при оказании медицинских услуг, повлёкшего тяжкие последствия, ввиду дополнения ст. 238 УК РФ примечанием. На основе проведённого исследования предложены критерии отграничения ст. 238 УК РФ от смежных составов и пути решения выявленных проблем.

Ключевые слова: ятрогенное преступление, медицинская помощь, медицинская услуга, ненадлежащее оказание медицинской помощи, проблемы квалификации, требования безопасности, преступления против жизни и здоровья, статья 238 УК РФ

Sanda Rybitskaya

QUALIFICATION OF THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES THAT DO NOT MEET SAFETY REQUIREMENTS: NEW LEGISLATION — OLD QUESTIONS

Based on the analysis of judicial practice and the design features of Article 238 of the Criminal Code of the Russian Federation, the problems of criminal-legal counteraction to iatrogenic crimes are identified, including the difficulties of distinguishing Article 238 from Articles 109, 118 of the Criminal Code of the Russian Federation, differentiating the concepts of «medical service» and «medical care», as well as the ambiguity of the definition of sources containing safety requirements. Attention is drawn to the inadmissibility of distinguishing between the concepts of «medical care» and «medical service» on the basis of compensation. The author put forward assumptions about the possibility of decriminalization of criminal activity in the provision of medical services that entailed grave consequences, due to the addition of a note to Article 238 of the Criminal Code of the Russian Federation. Based on the conducted study, criteria for distinguishing Article 238 of the Criminal Code of the Russian Federation from related offenses and ways to solve the identified problems are proposed.

Keywords: iatrogenic crime, medical care, health-care service, improper provision of medical care, qualification issues, safety requirements, crimes against life and health, Article 238 of the Criminal Code of the Russian Federation

Объективная сторона ст. 238 Уголовного кодекса Российской Федерации¹ (далее — УК РФ) представлена шестью альтернативными действиями, среди которых присутствует часть, предусматривающая ответственность

за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Возможность и практика отнесения медицинских услуг к признакам объективной стороны данного состава породило множество дискуссий, которые был призван решить Федеральный закон (далее — ФЗ) «О внесении изменений в Уголовный кодекс РФ», дополнивший ст. 238 УК РФ примечанием, исключившим дей-

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 28.02.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 17.06.1996, №25, ст. 2954.

ствие названной статьи в отношении случаев оказания медицинскими работниками медицинской помощи².

Выбранная ранее законодателем формулировка диспозиции ст. 238 УК РФ создала благоприятную почву для её расширительного толкования, влекущего сложности квалификации ятрогенных преступлений, которые вызваны неясностью разграничения ст. 109, 118 и 238 УК РФ и противоречивой судебной практикой. Бимбинов А. А. верно отметил, что зачастую деяния, несмотря на аналогичные последствия и механизм совершения, получают разную уголовно-правовую оценку [4, с. 216], что явственно прослеживается при анализе судебной практики.

Так, Ф., будучи зарегистрированной в качестве индивидуального предпринимателя, осуществляя медицинскую деятельность на основании выданной лицензии, позволяющей оказывать первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), провела потерпевшей неполные медицинские аборт, безуспешно применила инвазивный метод по удалению плодного яйца с помощью вакуум-аспирации и ввела в воспалённую полость матки потерпевшей внутриматочный контрацептив, причинив ей по неосторожности повреждение передней стенки матки (перфорацию матки). Содеянное квалифицировано судом по ч. 2 ст. 118 УК РФ и ч. 1 ст. 235 УК РФ³.

Другим примером может служить апелляционный приговор в отношении врача-гинеколога М., согласно которому последняя провела оперативное вмешательство путём выскабливания полости матки с целью искусственного прерывания беременности на сроке 15-16 недель, в ходе которого осуществила перфорацию матки абортангом с захватом петли

кишки, что привело к массивной кровопотере и оценено как тяжкий вред здоровью. Суд пришёл к выводу о том, что М. оказала услугу, не отвечающую требованиям безопасности здоровья потребителей и повлёкшую по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека, и квалифицировал деяние по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ⁴.

Таким образом, одно и то же, по сути, деяние может быть квалифицировано в разных судебных актах по ч. 2 ст. 118 либо по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ. Отсутствие единообразия правоприменения объясняется бланкетным характером названных норм, первая из которых отсылает к актам, содержащим требования и предписания, обязательные для лиц, осуществляющих ту или иную профессиональную деятельность [2, с. 509], а вторая — к нормативным правовым актам, устанавливающим требования к оказанию медицинских услуг⁵, что также не способствует разграничению упомянутых составов. Поэтому представляется, что дифференцирование статей 109, 118 и 238 УК РФ должно проводиться по их глубинным особенностям.

Бимбинов А. А. отмечает, что деяния, состоящие в отступлении медицинского работника от правил оказания медицинской помощи конкретному пациенту, сами по себе не способны причинить вред общественным отношениям, являющимися объектом ст. 238 УК РФ. Они могут пострадать лишь при системном характере медицинских нарушений, когда существует угроза жизни или здоровью неопределённого круга лиц [4, с. 220]. При кажущейся допустимости данный вывод не представляется достаточно обоснованным — в противном случае незаконное изготовление наркотических средств, также помещённое в главу 25 УК РФ, совершённое единожды для личного потребления, не может быть признано преступлением против здоровья населения, поскольку общественные отношения,

2 Федеральный закон «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации» от 28.12.2024 №514-ФЗ (последняя редакция) // Собрание законодательства Российской Федерации, 30.12.2024, №53 (Часть I), ст. 8524.

3 Приговор Михайловского районного суда Приморского края от 19 октября 2023 года по делу №1-196/2023 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/m6WYBOIdSWHp/> (дата обращения: 03.04.2025).

4 Апелляционный приговор Приморского краевого суда от 15 октября 2019 года по делу №22-3942/18 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/Mt15eYkJldjX/> (дата обращения: 03.04.2025).

5 Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 №18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьёй 238 Уголовного кодекса Российской Федерации» // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, №9, сентябрь, 2019.

складывающиеся в сфере обеспечения безопасности жизни многих лиц, при этом не страдают.

Сопоставление разд. IX и главы 25 УК РФ, в которых расположена ст. 238, позволяет сделать вывод о признании объектом данного состава безопасность здоровья населения [2, с. 1031]. Предметом рассматриваемого деяния являются медицинские услуги, не отвечающие требованиям безопасности, установленным в нормативных правовых актах РФ, если эти услуги являются опасными для жизни или здоровья человека. При этом опасность услуг для жизни и здоровья человека должна быть реальной, о чём свидетельствует такое их качество, при котором оказание услуг в обычных условиях могло привести к указанным тяжким последствиям, что может устанавливаться на основании заключений экспертов или специалистов. Отсутствие признака реальной опасности причинения тяжкого вреда здоровью или смерти человека исключает преступность деяния.

Таким образом, согласно позиции Пленума Верховного Суда РФ, медицинские услуги могут быть признаны опасными для жизни и здоровья человека только в том случае, если их оказание в обычных условиях могло привести к указанным тяжким последствиям. Стало быть, для квалификации по ст. 238 УК РФ важна не систематичность деяния, а его *неперсонифицированный характер и представление опасности для неопределённого круга лиц*. Причинение вреда потерпевшему — лишь последствие, наступающее по неосторожности.

Использование термина «услуга» в диспозиции ст. 238 УК РФ порождает споры о квалификации деяний, совершаемых при оказании медицинских услуг, об относимости к данному составу медицинской помощи и его последствиях. Радов В. В. справедливо отметил, что правоприменители по-разному толкуют содержание ст. 238 УК РФ ввиду использования законодателем не уголовно-правовых терминов. Во-первых, имеет место трудность отграничения медицинской помощи от медицинской услуги. Во-вторых, возникает вопрос: является ли медицинская услуга именно услугой в смысле законодательства о

защите прав потребителей? В-третьих, неясно, каким требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей должна отвечать медицинская услуга [5, с. 161]?

Тимошенко Ю. А. настаивает на том, что для признания в действиях лица признаков состава преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, необходимо наличие договора между гражданином и организацией на оказание услуги, а также обязательного признака — возмездности оказываемых услуг [7, с. 665]. Аналогичного подхода придерживаются Н. Н. Аськов и Т. Н. Петрова, отмечающие, что медицинская услуга — это частный случай оказания медицинской помощи при наличии дополнительного условия: юридического основания для её оказания в виде возмездного договора об оказании медицинских услуг (между медицинской организацией — исполнителем и пациентом — получателем услуги или иным лицом в интересах пациента) [1, с. 91]. Багмет А. М. также относит заключение договора к оказанию медицинских услуг (как правило, возмездных), когда характер работ и условия их выполнения устанавливаются непосредственно договором [6, с. 11].

Между тем, разрешение данного вопроса обретает большую актуальность в связи с дополнением ст. 238 УК РФ примечанием, согласно которому действие указанной статьи не распространяется на случаи оказания медицинскими работниками медицинской помощи⁶.

Несмотря на отсутствие сформировавшейся с учётом примечания судебной практики, принимая во внимание вышеизложенные позиции, небезосновательны опасения о попытках разграничения ст. 109, 118 и 238 УК РФ по признаку возмездности оказываемых услуг, что вступит в противоречие с действующим законодательством и здравым смыслом. В связи с этим примечательно замечание М. В. Краченко, отметившего, что ошибки при оказании платных медицинских услуг могут повлечь для врача более строгую ответственность (например, по ч. 2 ст. 238 УК РФ), нежели при оказании бесплатной медицинской помощи (по ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ) [3].

6 Федеральный закон от 28.12.2024 №514-ФЗ.

Представим, что врач Н. до обеда осуществляет свои трудовые обязанности в государственной поликлинике, а после обеда — в частной. В один из дней он допускает ошибки в лечении двух пациентов разных клиник, которые приводят к наступлению смерти обоих. В таком случае, учитывая приведенное суждение, наступление смерти пациента из государственной поликлиники ввиду допущенной неосторожности в лечении должно быть квалифицировано по ч. 2 ст. 109 УК РФ (предусматривает лишение свободы до 3 лет), а наступление смерти пациента частной клиники — по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (предусматривает лишение свободы до 6 лет).

Если допустить, что действие упомянутой статьи распространяется лишь на оказание платных медицинских услуг или медицинских услуг на основании договора, это повлечёт признание *возмездности* медицинских услуг или наличия договорных отношений *признаком, увеличивающим общественную опасность деяния*, ибо преступления, предусмотренные ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, относятся к категории небольшой тяжести, а деяние, предусмотренное ч. 2 ст. 238 УК РФ, — к категории тяжких. Такой подход совершенно невозможно признать обоснованным. Кроме того, не стоит попустительствовать тем, что оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования не является бесплатной медицинской помощью. Она бесплатна для пациента, однако оплачивается его работодателем. Лишь медицинская помощь, оказываемая в экстренной форме, признаётся бесплатной⁷.

Бимбинов А. А. утверждает, что возможным критерием разграничения может быть природа услуги как таковой. Социально-правовой смысл ст. 238 УК РФ (в частности, использование в диспозиции понятия «потребитель») определяет относимость охраняемых общественных отношений к гражданско-правовым, урегулированным Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «О защите прав потребителей», взаимосвязан-

ные положения которых свидетельствуют о том, что услуга, в том числе медицинская, должна быть основана на договоре. При таких обстоятельствах применение ст. 238 УК РФ по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи возможно лишь в ситуациях, когда пациент согласовывает предмет договора, то есть добровольно соглашается с составом и содержанием медицинской услуги [4, с. 219].

Принимая во внимание аргументированность изложенной позиции, считаем необходимым указать, что при квалификации деяния, составляющего оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности, первоочередным является обращение к ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁸. Предлагаемое им определение медицинской помощи и медицинских услуг не способствует проведению их чёткого разграничения, тем не менее, анализ полного содержания названного закона позволяет утверждать, что «медицинская помощь» представляет собой комплекс мероприятий, включающих в себя медицинские услуги, оказываемых как на платной, так и на безвозмездной основе.

Пленум Верховного Суда РФ также обращает внимание на то, что наличие договорных отношений между потерпевшим и лицом (организацией), осуществлявшим оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья человека, не имеет значения для квалификации по ст. 238 УК РФ⁹.

Ввиду изложенного представляется справедливым мнение В. В. Радова, предлагающего рассмотрение медицинской услуги в качестве элемента медицинской помощи, в связи с чем дефект, допущенный медицинским работником, независимо от его коммерческого характера, выраженный в ненадлежащем оказании медицинской услуги для целей уголовно-правовой квалификации необходимо рассматривать как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей [5, с. 162].

7 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025). Ст. 11 // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

8 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ.

9 Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 №18.

Кроме того, введение упомянутого примечания несёт в себе риск декриминализации преступного промысла при оказании медицинской помощи. В таком случае уголовно наказуемы могут быть только последствия в виде причинения смерти или тяжкого вреда здоровью, если они наступят. Например, использование лекарственных препаратов с истёкшим сроком годности при проведении операций в целях экономии денежных средств клиники, что по своей сути является преступным промыслом, повлёкшее причинение тяжкого вреда здоровью пациента, образуют состав преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ. Однако ввиду упомянутого примечания такая квалификация может быть исключена, поскольку вред причиняется медицинским работником при оказании медицинской помощи.

Немаловажную сложность при квалификации представляет определение соответствия медицинских услуг требованиям безопасности. Неудачно выбранная законодателем формулировка диспозиции ст. 238 УК РФ делает её растяжимой и объёмлющей чрезмерное множество деяний.

Согласно позиции Пленума Верховного Суда РФ, ст. 238 УК РФ предусмотрена ответственность за оказание медицинских услуг, которые по своему качеству не отвечают требованиям, установленным в нормативных правовых актах РФ. Притом опасность услуг для жизни и здоровья человека должна быть реальной, о чём может свидетельствовать такое их качество, при котором оказание услуг в обычных условиях могло привести к указанным тяжким последствиям¹⁰.

Изложенное открывает новые трудности толкования ст. 238 УК РФ. Во-первых, перечень источников, содержащих требования безопасности жизни и здоровья потребителей, не является исчерпывающим, что означает возможность отнесения к ним излишних актов. Во-вторых, неясны критерии инкорпорации конкретных положений к нормам, содержащим требования безопасности.

Так, при квалификации искусственного прерывания беременности при сроке более 12 недель,

повлекшего причинение тяжкого вреда здоровью, по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК суд указал, что в соответствии с должностной инструкцией акушер-гинеколог обязана знать основы законодательства о здравоохранении и основные нормативно-правовые документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, а также нормативно-правовые и инструктивно-методические документы по своей специальности. Согласно ст. 56 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при её беременности до двенадцати недель¹¹.

Иными словами, положения, устанавливающие предельный срок проведения искусственного прерывания беременности, оценены судом как требования безопасности, что не является неоспоримым. Поскольку, предположив верность данного суждения, искусственное прерывание беременности, в том числе не повлёкшее тяжких последствий, образует состав преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ. А между тем, данное деяние, в соответствии со ст. 6.32 Кодекса РФ об административных правонарушениях, является административным правонарушением, совершение которого влечёт наложение административного штрафа в размере до 150 000 рублей¹².

По мнению Г. Ф. Чекмарёва и А. А. Шмарова, медицинская услуга должна быть качественной, но не всегда безопасной [8, с. 4]. Так, А. А. Бимбинов отмечает, что химиотерапия по показаниям или ампутация нижних конечностей из-за диабета сопряжены с угрозой причинения тяжких последствий или прямо влекут их [4, с. 219]. Можно ли ввиду изложенного поставить под сомнение применимость ст. 238 УК РФ к деяниям, совершённым при оказании медицинской помощи? Ответ на этот вопрос представляется только отрицательным. Оказание медицинской по-

11 Приговор Михайловского районного суда Приморского края от 19 октября 2023 года по делу №1-196/2023.

12 Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 03.02.2025) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 07.01.2002, №1 (ч. 1), ст. 1.

10 Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 №18.

мощи, сопряжённое с сознательным причинением вреда или с созданием угрозы риска его причинения следует рассматривать сквозь призму положений о крайней необходимости или обоснованном риске. В этом смысле проведение, например, химиотерапии, формально являющейся небезопасной медицинской услугой, не может считаться преступлением, поскольку вред причиняется для устранения непосредственно угрожающей опасности.

Практическую проблему представляет собой отнесение клинических рекомендаций к источникам, содержащим требования безопасности, чем нередко обосновывается квалификация деяния по ст. 238 УК РФ. Клинические рекомендации, одобренные научно-практическим советом, утверждаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, носят рекомендательный характер и не могут быть отнесены к нормативным правовым актам, поэтому, в соответствии с постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 №18, их несоблюдение недопустимо признать нарушением требований безопасности. Тем не менее согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь оказывается на основе клинических рекомендаций, поэтому их несоблюдение — есть опосредованное нарушение ст. 37 названного федерального закона, а значит, требований безопасности.

Конструктивные особенности состава преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ порождает немало проблем уголовно-правового противодействия ятрогенным преступлениям, среди которых сложности разграничения ст. 109, 118 и ст. 238 УК РФ, понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь», неясность определения источников, содержащих требования безопасности.

Примечание, дополнившее ст. 238 УК РФ, потенциально не способно разрешить сформировавшиеся проблемы, однако усугубит их ввиду подчёркнутого использования введённого термина «медицинская помощь», отсутствующего в диспозиции статьи, в которой сказано об «услугах», под которыми подразумеваются, в том числе, и медицинские.

В связи с вышеизложенным представляются обоснованными опасения формирования судебной практики, разграничивающей ст. 109, 118 и 238 УК РФ, а соответственно «медицинскую помощь» и «медицинскую услугу», по признаку возмездности, что недопустимо и противоречит законодательству и позиции Пленума Верховного Суда Российской Федерации.

Таким образом, отграничение ст. 238 УК РФ от иных смежных составов следует проводить по совокупности следующих признаков:

- а) неперсонифицированный характер деяния и представление опасности для неопределённого круга лиц;
- б) реальность опасности медицинской услуги ввиду допущенных нарушений;
- в) умышленное нарушение требований безопасности.

Кроме того, представляется целесообразным вынесение разъяснения Пленума Верховного суда РФ, которое позволит, во-первых, определить исчерпывающий перечень источников, содержащих требования безопасности или критерии отнесения конкретных положений к нормам, содержащим требования безопасности, во-вторых, провести чёткое разграничение «медицинской помощи» и «медицинских услуг». Последнее стоит разрешить посредством внесения изменений в ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для придания определениям названных понятий обязательного характера.

Список литературы:

1. Аськов Н. Н., Петрова Т. Н. О разграничении составов преступлений, предусмотренных статьями 109, 118 и 238 УК РФ, в применении к медицинским работникам: сравнительно-правовой анализ // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2023. №4 (100). С. 87–97.

2. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (научно-практический) / под ред. А. И. Чучаева. М.: Проспект, 2019. 1536 с.
3. Кратенко М. В. Вред при медицинском вмешательстве: проблемы компенсации и предотвращения (сравнительно-правовое исследование). М.: НОРМА, ИНФРА-М, 2024. 240 с.
4. Медицинское уголовное право: монография / отв. ред. А. И. Рарог. М.: Проспект, 2022. 576 с.
5. Радов В. В. Необоснованность квалификации преступления, совершенного медицинским работником по ст. 238 УК РФ // Медицинское право: теория и практика. 2020. Т. 5. №2 (10). С. 159–164.
6. Алехин Д. В., Бычков В. В., Иванов А. Л. с соавт. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. 159 с.
7. Тимошенко Ю. А. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинских услуг // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы XVIII Международной научно-практической конференции. М.: РГ-Пресс, 2021.
8. Чекмарёв Г. Ф., Шмаров Л. А. Должна ли медицинская услуга быть безопасной? // Либерально-демократические ценности. 2017. Т. 1. №3. <https://liberal-journal.ru/PDF/04LDZ317.pdf> (дата обращения: 03.04.2025).

Об авторе:

Рыбицкая Санда Олеговна — магистрантка 2 курса кафедры уголовного права Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА), Москва, grigorievasd@gmail.com

Sanda Olegovna Rybitskaya — 2nd year master's student of the Department of Criminal Law of the Kutafin Moscow State Law University, Moscow

© Рыбицкая С. О., 2025

Для цитирования:

Рыбицкая С. О. Квалификация оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности: новое законодательство — старые вопросы // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 39-45.

For citation:

Rybitskaya S. O. Qualification of the provision of medical services that do not meet safety requirements: new legislation — old questions // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 39-45.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 25.04.2025 г.

Самсонов П. А.

ПРАВОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ «КАДАВЕРНЫМИ» МАТЕРИАЛАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассмотрена проблема дефицита в медицинских образовательных организациях Российской Федерации трупного материала, используемого в научных и образовательных целях, обоснована взаимосвязь такого дефицита со снижением уровня гарантий конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. В целях предотвращения указанного автором представлены соображения о совершенствовании правового регулирования порядка передачи трупа в образовательную организацию, что обусловит повышение качества профессиональной подготовки будущих медицинских специалистов.

Ключевые слова: медицинское право, судебно-медицинская экспертиза, патолого-анатомическое исследование, медицинское образование, похоронное дело

Pavel Samsonov

LEGAL FEATURES OF PROVIDING «CADAVEROUS» MATERIALS TO MEDICAL EDUCATIONAL ORGANIZATIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION

The article examines the problem of shortage of cadaveric material used for scientific and educational purposes in medical educational organizations of the Russian Federation, and substantiates the relationship between such a shortage and a decrease in the level of guarantees of everyone's constitutional right to health protection and medical care. In order to prevent this, the author presents considerations on improving the legal regulation of the procedure for transferring a corpse to an educational institution, which will lead to an increase in the quality of professional training for future medical specialists.

Keywords: medical law, forensic medical examination, pathology and anatomical research, medical education, funeral business

*Человек имеет право быть плохим художником или плотником,
но не имеет права быть плохим врачом*

В. Я. Данилевский

Согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь¹. Одной из существенных гарантий указанного права является развитие и популяризация в

государстве медицинского образования, нацеленного на подготовку квалифицированных специалистов — врачей разных специальностей. Значимость качества оказываемой медицинской помощи и подготовки врачей подтверждается официальными статистическими сведениями, согласно которым в последние четыре года (2020–2023) в Российской Федерации ежегодно увеличивается коли-

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) // URL: <http://pravo.gov.ru/constitution/> (дата обращения: 12.04.2025).

чество проводимых медицинских операций. Так, в 2020 году их число составило 8 972 504, в 2023 году — 11 748 129 операций в круглосуточном стационаре (разница — 2 775 625 операций)². При этом каждая операция сопровождается соответствующими врачебными манипуляциями с телом человека.

Вместе с тем в современный период гарантии обеспечения высокого уровня подготовки будущих медицинских специалистов привлекают внимание. Согласно новостным сведениям, российские ВУЗы столкнулись с проблемой отсутствия в целях образования «кадаверных» материалов: трупов людей, их органов и тканей для использования в обучении и отработке практических навыков³. Актуальность проблемы усиливает официальное обращение в 2024 году Государственного Собрания (Иль Тумэн) Республики Саха (Якутия) в Правительство Российской Федерации. Указанное обращение рассматривалось автором настоящей статьи как сотрудником Министерства юстиции Российской Федерации, его суть связывается с критической ситуацией, сложившейся с 2012 года, по обеспечению «кадаверными» материалами единственного в Республике медицинского института — подразделения ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова».

Рассматриваемую проблему также отмечают в медицинской научной литературе. Согласно позиции Г. А. Иваненко, А. В. Кузнецова «...вузы практически лишились анатомического материала, и учебный процесс обеспечивается благодаря запасам, сделанным в предшествующие годы» [1, с. 101]. При этом А. Е. Малов, С. А. Кутя, Т. А. Фоминых, В. В. Овчаренко обращают внимание на существенный период отсутствия в медицинских образовательных организациях новых «кадаверных» материалов — с 1996 года [4, с. 55]. Снижение качества медицинского образования в связи с отсутствием актуального «ка-

даверного» материала для отработки навыков препарирования, ознакомления с индивидуальными и возрастными особенностями строения человеческого организма также отметили В. С. Киселёв, Е. А. Мамадиев [2, с. 135].

Заслуживает внимания, утверждение о том, что в России, по крайней мере, на протяжении последних трёх сотен лет, преподавание анатомии человека в медицинском университете немыслимо без вскрытия и препарирования трупов [7, с. 8]. Безусловно, поставленная проблема существенно ухудшает качество медицинского образования, уровень подготовки медицинских специалистов, не отвечает отечественным историческим традициям обучения медицине и формирует риски снижения гарантий права на квалифицированную медицинскую помощь, оказываемую в Российской Федерации.

Следует отметить, что вышеуказанные авторы связывают дефицит «кадаверных» материалов в образовательных организациях с недостатками правового регулирования порядка их предоставления, закреплённого во взаимосвязанных положениях федеральных законов «О погребении и похоронном деле» (ст. 12)⁴, «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 68)⁵, Правилах передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях (далее — Правила). В связи с этим оптимизация качества подготовки медицинских специалистов в высших образовательных организациях в рассматриваемом контексте требует юридического решения.

В первую очередь следует отметить ограничения в определении трупов, допустимых для предоставления медицинским образовательным организациям в целях их использования в научной и образовательной деятельности. Согласно п. 4 Правил одним из условий такого предоставления является «разрешение, оформленное в письменном виде, на переда-

2 Число проведенных операций // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <http://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения: 13.04.2025).

3 К телу не подошьешь: почему студенты медики лишены трупов // Официальный сайт газеты «Известия». URL: <https://iz.ru/983775/mariia-rubnikovich/k-telu-ne-podoshesh-pochemu-studenty-mediki-lisheny-tрупов> (дата обращения: 12.04.2025).

4 Федеральный закон от 12.01.1996 №8-ФЗ О погребении и похоронном деле (ред. от 06.04.2024) // Собрание законодательства РФ. 1996. №3, ст.146.

5 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (ред. от 28.12.2024) // Собрание законодательства РФ. 2011. №48, ст. 6724.

чу невостробованного тела, органов и тканей умершего человека, выданное лицом или органом, назначившим **судебно-медицинскую экспертизу** (исследование) невостробованного тела» (выделено мной — П. С.). Указанная экспертиза назначается судом в случае проведения судебного разбирательства или следователем, дознавателем в связи с осуществлением уголовного судопроизводства (п. 3 Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы⁶), что свидетельствует о недопустимости передачи в образовательную организацию трупа, не находящегося в бюро судебно-медицинской экспертизы.

Вместе с тем в Российской Федерации исследование далеко не всех невостробованных трупов (при условии удостоверения их личности) осуществляется в судебно-медицинском порядке. Такому исследованию (экспертизе) не подвергаются трупы людей, умерших в условиях стационара и подлежащих аутопсии в патолого-анатомическом отделении (в «больничном» морге) в отсутствие судебного решения либо решения органа предварительного расследования (ч. 1, п. 7 ч. 3 ст. 67 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁷).

Как усматривается, недопустимость передачи указанных трупов для их использования в научной и образовательной деятельности является несостоятельной и усугубляет проблему нехватки в медицинских образовательных организациях «кадаверных» материалов. Кроме того, с учётом отсутствия судебного разбирательства и (или) уголовного судопроизводства, где устанавливаются и имеют значение причины смерти, предоставление для образовательных целей трупов, не подлежащих судебно-медицинской экспертизе (иными словами — «безразличных» для правоохранительных органов) с очевидностью имеет большой потенциал.

В связи с этим целесообразно совершенствование правового регулирования в части допуска таких трупов для их использования медицинскими образовательными организациями в научных, а также образовательных целях. В таком случае полномочие по выдаче разрешения на передачу трупа образовательной организации допустимо возложить на заведующего соответствующим патолого-анатомическим отделением, в рамках ведомственного контроля подписывающего протокол патолого-анатомического вскрытия⁸.

Напротив, прослеживаемые затруднения в порядке предоставления медицинским образовательным организациям трупов людей, подвергнутых судебно-медицинской экспертизе, являются оправданными. Согласно п. 2 ч. 1 ст. 68 Закона №323-ФЗ такому предоставлению подлежат трупы, не востробованные после смерти в связи с отсутствием лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение.

Предоставление разрешения на их передачу для использования в научных или образовательных целях является дискреционным полномочием следователя, дознавателя, суда. При этом уголовное судопроизводство не исключает проведения последующей эксгумации трупа из места захоронения (ч. 3 ст. 178 УПК РФ), в том числе в целях производства дополнительной или повторной судебной экспертизы (ст. 207 УПК РФ)⁹.

Такие случаи встречаются в практике предварительного расследования. Так, в 2021 году Брянским районным судом Брянской области удовлетворено ходатайство следователя об эксгумации трупа в целях проведения комплексной судебно-медицинской экспертизы¹⁰. В том же году в г. Санкт-Петербург судом по ходатайству следователя санкционирована эксгумация трупа для проведе-

6 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2023 №491н Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы (зарегистрирован в Минюсте России 24.10.2023 №75708) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202310250009?index=1> (дата обращения: 13.04.2025).

7 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ.

8 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2013 №354н О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий (зарегистрирован в Минюсте России 16.12.2013 №30612) // Российская газета. №291. 25.12.2013.

9 Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред. от 20.03.2025) // Собрание законодательства РФ. 2001. №52, ст. 4921.

10 Постановление Брянского областного суда №22-1308/2021 от 06.08.2021 // URL: <https://sudact.ru>, (дата обращения: 13.04.2025).

ния дополнительной экспертизы¹¹. Наряду с указанным в 2023 году в г. Нальчик следователем подано ходатайство в суд о проведении эксгумации трупа в целях выделения его ДНК-профиля для обеспечения розыска без вести пропавшего человека, состоящего с ним в родственных отношениях¹².

С учётом изложенного разрешение следователем, дознавателем, судом передачи трупа в медицинскую образовательную организацию затруднительно, поскольку влечёт невозможность его дальнейшего исследования в случае возникновения у правоохранительного органа новых вопросов относительно причин и обстоятельств смерти. Кроме того, не исключено в дальнейшем установление родственников, иных близких лиц умершего человека и предъявления ими правовых притязаний, адресованных непосредственно следователю, дознавателю, суду, связываемых с передачей трупа в образовательную организацию.

В рассматриваемом контексте также следует обратить внимание на требования в части сроков принятия решения следователем, дознавателем, судом о предоставлении трупа в медицинскую образовательную организацию. В соответствии с п. 1 ст. 12 Федерального закона «О погребении и похоронном деле» в случае «невостребованности» трупа специализированная служба по вопросам похоронного дела осуществляет его погребение в течение 3-х суток с момента установления причины смерти (т. е. с момента подписания судебно-медицинским экспертом заключения судебной экспертизы, в котором обозначенная причина установлена). Вместе с тем получение следователем, дознавателем, судом обозначенного заключения в такой короткий срок затруднительно, что обуславливает захоронение невостребованного трупа ещё до постановки вопроса о возможности его передачи в медицинскую образовательную организацию.

¹¹ Апелляционное постановление Ленинградского областного суда №22-1792/2021 от 28.07.2021 // URL: <https://sudact.ru>, (дата обращения: 13.04.2025).

¹² Апелляционное постановление Верховного Суда Кабардино-Балкарской Республики №22К-1099/2023 от 22.11.2023 // URL: <https://sudact.ru>, (дата обращения: 13.04.2025).

В связи с этим правовое регулирование срока захоронения невостребованного трупа в случае наличия в правоохранительном органе, назначившем судебно-медицинскую экспертизу, соответствующего запроса медицинской образовательной организации (п. 4 Правил) требует оптимизации посредством внесения изменений в п. 1 ст. 12 Федерального закона «О погребении и похоронном деле». Увеличение такого срока обусловит возможность следователя, дознавателя, суда принять уверенное решение о выдаче трупа образовательной организации с учётом отсутствия родственников и лиц, взявших на себя обязанность погребения, некриминального характера смерти, подтверждённого в соответствии с принципом полного, всестороннего и объективного исследования обстоятельств дела [3, с. 233].

В заключение следует резюмировать, что обеспечение медицинских образовательных организаций «кадаверными» материалами в целях их использования в научной и образовательной деятельности формирует существенную гарантию права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации) посредством повышения качества подготовки будущих медицинских специалистов. Указанное обусловлено практико-ориентированностью медицинского образования и возможностью студентов приобретать, совершенствовать навыки работы с телом человека, в том числе посредством препарирования трупного материала — сосудов и нервов, значимость чего в процессе образования подчеркнули научные сотрудники Тюменского государственного медицинского университета С. А. Орлов, Е. В. Ионина, Н. Н. Белов, В. Н. Ахматов и В. Е. Коломыс [5, с. 96].

Развитие правового регулирования порядка передачи трупа для использования в названных целях с учётом приведённых выше суждений усилит гарантии обозначенного конституционного права каждого человека, получающего медицинскую помощь в Российской Федерации.

Список литературы:

1. Иваненко Г. А., Кузнецов А. В. Проблемы преподавания анатомии человека в медицинском вузе // Проблемы современной науки и образования. 2017. № 2 (84). С. 99-102.
2. Киселев В. С., Мамадиев Е. А. Препарирование как традиционный метод изучения анатомии // Морфология. 2018. Т. 153, № 3. С. 135-136.
3. Курс уголовного процесса / под ред. д-ра юрид. наук, проф. А. В. Головки; Московский гос. ун-т имени М. В. Ломоносова, юридический фак-т, каф. уголовного процесса, правосудия и прокурорского надзора. 4-е изд., испр. и доп. М.: Статут, 2025. 1041 с.
4. Малов А. Е., Кутя С. А., Фоминых Т. А., Овчаренко В. В. Пути улучшения обеспечения анатомическим материалом базовых морфологических кафедр медицинских вузов // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2019. Т. 9. № 2. С. 54-59.
5. Орлов С. А., Ионина Е. В., Белов Н. Н. с соавт. Активизация познавательной деятельности у студентов-медиков // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2016. № 6-4. С. 95-97.
6. Хайруллин Р.М. Нужны ли трупы в высшем медицинском образовании? // Морфологические ведомости. 2014. № 4. С. 6-10.

Об авторе:

Самсонов Павел Александрович — ассистент кафедры уголовно-процессуального права Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА), кандидат юридических наук, Москва, ra.samsonov@mail.ru

Pavel Aleksandrovich Samsonov — assistant of the Chair of Criminal Procedure Law of the Kutafin Moscow State Law University (MSAL), PhD in law, Moscow

© Самсонов П. А., 2025

Для цитирования:

Самсонов П. А. Правовые особенности обеспечения «кадаверными» материалами медицинских образовательных организаций в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 46-50.

For citation:

Samsonov P. A. Legal features of providing «cadaverous» materials to medical educational organizations in the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 46-50.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.04.2025 г.

Свередюк М. Г., Кулыгин В. В., Меньшакова А. С.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КВАЛИФИКАЦИИ УГОЛОВНО-ПРАВОВЫХ РИСКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Проблема уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления представляет собой одну из самых острых правовых проблем. В статье авторами проводится исследование уголовно-правовых рисков, возникающих при непосредственном оказании медицинской помощи. Акцент сделан на таких аспектах, как: несоблюдение медицинским работником объёма требуемых пациенту медицинских вмешательств; превышение медицинского вмешательства без факторов экстренности либо согласия пациента; ненадлежащее ведение, фальсификация, уничтожение медицинской документации; оказание медицинской помощи без необходимого образования.

С позиции правовых норм, содержащихся в законодательстве об охране здоровья, и анализа правоприменительной практики приводятся соответствующие примеры судебной практики.

Ключевые слова: уголовно-правовой риск, преступление, медицинский работник, уголовная ответственность, медицинская помощь

Maksim Sverediuk, Vladimir Kulygin, Asya Menshakova

SOME ASPECTS OF QUALIFICATION OF CRIMINAL LAW RISKS IN PROVIDING MEDICAL CARE

The issue of criminal liability of medical workers for professional crimes is one of the most acute legal problems. In the article, the authors conduct a study of criminal-legal risks arising during direct provision of medical care. The emphasis is placed on such aspects as: failure of a medical worker to comply with the volume of medical interventions required by a patient; excess of medical intervention without emergency factors or patient consent; improper maintenance, falsification, destruction of medical documentation; provision of medical care without the necessary education. From the standpoint of legal norms contained in the legislation on health care and analysis of law enforcement practice, relevant examples of judicial practice are given.

Keywords: criminal-legal risk, crime, medical worker, criminal liability, medical care

В настоящее время в медицинской и юридической научной литературе широко обсуждаются проблемы, связанные с уголовно-правовыми рисками медицинских работников при различных аспектах осуществления медицинской деятельности. Как отмечает Ю. Д. Сергеев: «Проблема уголовной ответственности медицинского персонала за профессиональные преступления представляет собой одну из самых острых проблем, которые медицинская практика поставила перед правом»¹.

¹ Сергеев Ю.Д. Медицинское право. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 404.

По своей сути сама медицинская деятельность является риск-определяющей сферой. Имеется большой спектр разнообразных причин, способствующих наступлению широкого спектра неблагоприятных последствий — от индивидуальных особенностей организма (при надлежаще оказанной медицинской помощи), до умышленного причинения вреда здоровью².

² Преступления, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: проблемы квалификации, доказывания, обоснованный риск в медицине: коллективная монография. Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2023. 248 с.

Можно выделить ряд медико-правовых факторов, создающих риск привлечения к юридической ответственности, в том числе уголовно-правовой, среди которых важнейшую роль играют субъективные факторы, связанные с непосредственным оказанием медицинской помощи:

- ненадлежащее ведение медицинской документации;
- неполный сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, неполное обследование пациента;
- недооценка состояния больного;
- неполное понимание медицинскими работниками, включая дежурных врачей, статуса «лечащий врач»;
- дефект преемственности между этапами оказания медицинской помощи;
- дефекты маршрутизации³.

Как пишет А. М. Багмет, расследование дел о профессиональных преступлениях медицинских работников, представляет особую сложность: следователи работают в тесном взаимодействии с судебно-медицинскими экспертами, на профессиональную оценку которых полагаются при решении сугубо медицинских вопросов, связанных с использованием специальных знаний, проверяют действия медицинского работника в условиях обоснованного риска, крайней необходимости, учитывают объективные причины невыполнения медиком требований нормативно-правовых документов, регламентирующих процесс оказания медицинской помощи, проверяют версии самих медицинских работников и их взгляд на профессиональное происшествие. Это сложная, кропотливая и многоаспектная деятельность следствия. Именно поэтому расследованием таких преступлений занимаются наиболее опытные и подготовленные следователи⁴.

3 Свередюк М. Г. Факторы, создающие риск наступления уголовной ответственности при осуществлении медицинской деятельности // М.: Юридический мир, 2021. №11. С. 53-55.

4 Багмет А. М. Медицина – во благо или во вред? / Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции. Москва, 15 февраля 2018 года // М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2018. С. 7.

Проблему осложняют и такие ситуации, которые в настоящее время принято квалифицировать как преступления, но в основе которых лежит то, что бывший министр здравоохранения России В. И. Скворцова называет искренними заблуждениями, связанными с особенностями процесса постановки диагноза и особенно лечения заболеваний конкретных больных⁵.

Учитывая то, что медицинская деятельность является разноплановой, рамки настоящего исследования не позволяют проанализировать все возможные виды существующих уголовно-правовых рисков. В связи с этим предметом нашего анализа станут риски медицинских работников, возникающие при непосредственном оказании медицинской помощи.

Несмотря на то, что статья 238 Уголовного кодекса России была дополнена примечанием, исключающим медицинскую помощь из квалификации данной нормы, эта новелла не должна вводить медицинское сообщество в заблуждение относительно полной декриминализации медицинской деятельности⁶. В Уголовном кодексе России имеются иные составы преступлений, по которым деяния медицинских работников могут быть квалифицированы и по более прямым основаниям — например, 109, 118, 124, 292, 293 и др. статьи уголовного закона.

Согласно пункту 3 части 1 статьи 2 федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁷ (далее — Закон об охране здоровья) под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

5 Боков С. Н. Актуальные проблемы расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Международный журнал Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. №2. С. 14-16.

6 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 21.04.2025) (с изм. и доп., вступ. в силу с 02.05.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 17.06.1996, №25, ст. 2954.

7 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

Частью 1 статьи 37 Закона об охране здоровья предусмотрено, что медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

1. в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
2. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
3. на основании клинических рекомендаций;
4. с учётом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Одним из основных принципов охраны здоровья является качество медицинской помощи (пункт 6 статьи 4 Закона об охране здоровья).

В связи с этим при оказании медицинской помощи медицинский работник обязан точно соблюдать объём требуемых пациенту медицинских вмешательств. Оказание медицинской помощи не в полном объёме, с превышением объёма влечет ответственность, в том числе уголовно-правовую.

В качестве примера из судебной практики можно привести следующее дело:

Врач К. в соответствии с возложенными на него Законом об охране здоровья, приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. №931н⁸ и пункт 1.3 должностной инструкции, утверждённой главным врачом БУЗ 13.01.2019, с которой он ознакомлен под роспись, обязан знать: основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф.

8 Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. №931н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “нейрохирургия”» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 №27500) // Российская газета, 25.04.2013 г. №90/1 (специальный выпуск).

Согласно пункту 2.4 клинических рекомендаций «Тяжёлая черепно-мозговая травма», утверждённых Ассоциацией нейрохирургов в 2017 году, на этапе постановки диагноза рекомендовано проведение компьютерной томографии (далее — КТ) головы, которое является обязательным методом обследования пострадавших с черепно-мозговой травмой. Согласно пункту 3.18.1 приказа Минздрава России от 10.05.2017 №203н⁹, одним из критериев качества специализированной медицинской помощи взрослым при черепно-мозговой травме является выполнение КТ головного мозга не позднее 3 часов от момента поступления в стационар.

При этом К., имея высшее медицинское образование, стаж работы в должности врача-невролога со 02.09.2013 обладал необходимым объёмом специальных знаний по своей специальности, в том числе в области неврологии, обладал соответствующими техническими возможностями. При этом врачом была выбрана тактика ведения пациента, выразившаяся в неосуществлении организационных мероприятий по незамедлительному (после осмотра) направлению пациента на КТ-исследование, достоверно позволявшее установить форму черепно-мозговой травмы, являющуюся показанием для госпитализации в стационар, имеющий все необходимые условия для оказания нейрохирургической помощи, в том числе быстрого проведения операции (в случае объективной необходимости). Как следует из постановления Кантемировского районного суда Воронежской области от 21.03.2023 по делу №1-31/2023 выбранная врачом тактика служит основанием для трактовки исполнения им своих профессиональных обязанностей как «ненадлежащее»¹⁰.

9 Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 №46740) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705170016> (дата обращения: 11.05.2025).

10 Постановление Кантемировского районного суда Воронежской области от 21.03.2023 по делу №1-31/2023 // URL: https://kantemirovsky-vrn.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=13530022&case_uid=d036f256-fa8b-4246-bd31-fbc83696ced7&delo_id=1540006 (дата обращения: 11.05.2025).

Развившиеся грубые нарушения функционирования органов и систем организма вследствие отёка и дислокации головного мозга с вклинением и ущемлением его ствола, развившиеся в глубокой коме, острой сердечной и дыхательной недостаточности тяжёлой степени, квалифицируются как тяжкий вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма пациента, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно (угрожающее жизни состояние), а в данном случае приведшие к смерти.

Суд установил, что развитие указанных угрожающих жизни состояний состоит в прямой причинно-следственной связи с дефектом оказания медицинской помощи (неадекватным исполнением врачом-неврологом своих профессиональных обязанностей).

По факту оказания медицинской помощи не в полном объёме Кантемировским районным судом Воронежской области врач привлечён к уголовной ответственности по части 2 статьи 109 Уголовного кодекса России.

Помимо невыполнения должного объёма медицинской помощи его необоснованное превышение, без экстренных показаний, либо согласия пациента (зафиксированного в информированном добровольном согласии), является ненадлежащим и может повлечь причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Как следует из приговора Новгородского районного суда Новгородской области от 31.08.2020 по делу №1-137/2020(1-1099/2019) превышение объёма оказания медицинской помощи недопустимо¹¹.

Во время проведения операции «Нижнесрединная лапаротомия. Экстирпация матки с трубами» врач Н., действуя по неосторожности, в нарушение своих профессиональных обязанностей, являясь лицом, имеющим специальные познания в области медицины, в том числе в области акушерства и гинекологии, будучи опытным и квалифицированным врачом, не предвидя возможности наступления общественно-опасных последствий — в результате своих действий и не же-

лая их наступления — причинения тяжкого вреда здоровью потерпевшей, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна и могла предвидеть эти последствия, но, проявив преступную небрежность к возможным общественно-опасным последствиям своих действий, в период времени с 09 часов 26 минут до 11 часов 15 минут, находясь в помещении операционной, с целью удаления матки (с сохранением яичников), проявив самонадеянность и ненадлежаще исполняя свои профессиональные обязанности, допустив ошибку в тактике и технике оперативного вмешательства, не проведя надлежащие диагностические мероприятия и неверно оценив состояние яичников, ошибочно наложила зажимы на воронкотазовые (поддерживающие) связки обоих яичников вместо требуемых в ходе производства указанной операции собственных связок яичников, после чего в отсутствие оснований и медицинских показаний к удалению яичников, приняла ошибочное и неверное решение об их удалении, хотя имела возможность переставить зажим с воронкотазовых связок на собственные и продолжить операцию по удалению матки с сохранением яичников, затем пересекла с помощью хирургических ножниц связки и полностью удалила левый яичник, после чего пересекла с помощью хирургических ножниц связки и полностью удалила правый яичник, при этом, согласно заключению комиссии судебно-медицинских экспертов, показаний к удалению яичников не было.

В результате своих преступных действий Н. превысила необходимый объём оказанной медицинской помощи, причинив своими действиями по неосторожности тяжкий вред здоровью потерпевшей, повлёкший за собой потерю органа (обоих яичников) и послуживший причиной наступления неблагоприятных последствий в виде утраты репродуктивной функции (производительной способности) и полноценного здоровья женщины.

Н. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного частью 2 статьи 118 Уголовного кодекса России, ей назначено наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года 6 месяцев.

¹¹ Приговора Новгородского районного суда Новгородской области от 31.08.2020 по делу №1-137/2020(1-1099/2019) // URL: <https://gclnk.com/xMOZb4N3> (дата обращения: 03.07.2025).

Во время следственного или судебного разбирательства тщательному анализу подвергается вся история болезни и, в особенности, те ее части, которые отражают исходное состояние больного, обоснование диагноза, данные о хирургических и других лечебных мероприятиях.

При любом методе оценка качества медицинской помощи зависит от наличия точной и достоверной информации, основным источником которой является, как правило, медицинская документация. Медицинская документация имеет важное юридическое значение. Ее ненадлежащее ведение, фальсификация, уничтожение может быть квалифицировано как преступление. Так, в качестве примера фальсификации медицинской документации можно привести дело, рассмотренное Волховским городским судом Ленинградской области:

Ш. совершил служебный подлог, в период с 20 сентября 2019 года по 04 октября 2019 года, находясь на своем рабочем месте в НУЗ, являясь должностным лицом, действуя умышленно, осознавая общественную опасность своих действий, не желая должным образом исполнять свои обязанности, из иной личной заинтересованности, обусловленной стремлением извлечь выгоду неимущественного характера, с целью сохранить и улучшить рабочие взаимоотношения со своей коллегой — медицинской сестрой стоматологического отделения НУЗ А., вопреки возложенным на него обязанностям, в нарушение требований должностной инструкции, а также пунктов 4, 5, 6 раздела 1, пункта 14 раздела 2 приказа Минздравсоцразвития России №624н от 29.06.2011¹², без проведения медицинского освидетельствования С., внес заведомо ложные сведения в официальный документ — листок нетрудоспособности от 20.09.2019 года, который освобождает лицо от исполнения трудовых обязанностей, оформленный на имя С., о проведенном осмотре последнего, установленном у него заболевании, прохождении стационарного и амбулаторного лече-

ния в НУЗ в период с 20 сентября 2019 года по 04 октября 2019 года, заверив внесённые им заведомо ложные сведения в официальном документе своими подписями, при том, что С. в НУЗ в указанный период не находился, не осматривался, врачебную комиссию не проходил, стационарного и амбулаторного лечения не получал, поскольку в указанный период находился на отдыхе в пансионате.

Продолжая реализовывать свой преступный умысел, направленный на совершение служебного подлога, с целью придания легальности своим незаконным действиям, Ш. в период с 20 сентября 2019 года по 04 октября 2019 года, внес заведомо ложные сведения в медицинскую карту стационарного больного в отношении С., о якобы проведенной операции по вскрытию и дренированию абсцесса правой голени и прохождении последующего стационарного лечения. Впоследствии листок нетрудоспособности от 20.09.2019 в отношении С., в который Ш. были внесены заведомо ложные сведения, передан по месту работы С. в качестве оправдания его неявки на работу в период с 20 сентября 2019 года по 04 октября 2019 года, тем самым, обосновав его освобождение от исполнения трудовых обязанностей в указанный период времени.

Приговором Волховского городского суда Ленинградской области от 26.02.2021 по делу №1-34/2021 врач за ненадлежащее ведение медицинской документации привлечён к уголовной ответственности по части 1 статьи 292 Уголовного кодекса России (служебный подлог)¹³.

Вышеизложенное показывает, насколько профессионально, как в целом медицинская организация, так и каждый медицинский работник должны подходить к обязательным требованиям осуществления медицинской деятельности (стандарты, порядки, клинические рекомендации, при их отсутствии апробированные методы оказания медицинской помощи). Любые

¹² Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.07.2011 №21286) (утратил силу) // Российская газета, №148, 11.07.2011.

¹³ Приговор Волховского городского суда Ленинградской области от 26.02.2021 по делу №1-34/2021 // URL: https://volhovsky-lo.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=275984562&case_uid=57b8279f-d2cf-470d-9c33-0dce16230e5d&delo_id=1540006 (дата обращения: 03.05.2025).

отклонения должны быть мотивированы в строгом соответствии с действующим законодательством, например, с позиции экстренности, обоснованности риска, крайней необходимости при осуществлении медицинского вмешательства. В противном случае (при плановом оказании медицинской помощи, отсутствии исключительных обстоятельств) отклонение от обязательных регламентов, общепринятых практик, отсутствие необходимого образования является уголовно-правовым риском и может привести к уголовному наказанию.

С целью минимизации уголовно-правовых рисков необходимо внедрять систему управления медико-правовыми рисками в здравоохранении, регулярно осуществлять повышение правовых компетенций медицинских работников¹⁴.

14 Свередюк М. Г. Административный подход к управлению правовыми рисками в системе здравоохранения / Актуальные проблемы науки административного и финансового права: сборник материалов международной научно-практической конференции «Лазаревские чтения-2021» (Москва, 10 февраля 2021) / под общ. ред. А. Н. Савенкова, отв. ред. М. Н. Кобзарь-Фролова. М.: Институт государства и права РАН, 2021.

Об авторах:

Свередюк Максим Геннадьевич — начальник юридического отдела ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России (Хабаровский филиал), доцент кафедры «Организация здравоохранения и медицинское право» КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, заместитель директора по правовым вопросам Института инновационных медико-эстетических технологий, Хабаровск, uristms27@bk.ru

Кулыгин Владимир Владимирович — директор Дальневосточного института Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России), доктор юридических наук, профессор, Хабаровск, valandil@mail.ru

Меньшакова Ася Сергеевна — адвокат по медико-правовым вопросам, Котласская коллегия адвокатов «Правозащитник», Котлас, menshakova_asya@mail.ru

Maxim Gennadievich Sveredyuk — Head of the Legal Department of the Eye Microsurgery named after Academician S. N. Fedorov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Khabarovsk Branch), Associate Professor of the Department of Healthcare Organization and Medical Law at the Institute for Advanced Training of Healthcare Professionals of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory, Deputy Director for Legal Affairs Institute of Innovative Medical and Aesthetic Technologies, Khabarovsk

Vladimir Vladimirovic Kulygin — Director of the Far Eastern Institute of the All-Russian State University of Justice (RPA of the Ministry of Justice of Russia), Doctor of Law, Professor, Khabarovsk

Asya Sergeevna Menshakova — awyer on medical and legal issues, Kotlas Bar Association «Human Rights Defender», Kotlas

© Свередюк М. Г., Кулыгин В. В., Меньшакова А. С., 2025

Для цитирования:

Свередюк М. Г., Кулыгин В. В., Меньшакова А. С. Некоторые аспекты квалификации уголовно-правовых рисков при оказании медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 51-57.

For citation:

Sveredyuk M. G., Kulygin V. V., Menshakova A. S. Some aspects of qualification of criminal law risks in providing medical care // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 51-57.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The authors declare that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.04.2025 г.

Фефилова В. В.

ПРОБЛЕМА НЕОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СВЕРХ ВЫДЕЛЕННЫХ ОБЪЁМОВ, И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ

Статья посвящена актуальной проблеме медицинских организаций, работающих в сфере обязательного медицинского страхования. Автором осуществлён поиск момента поворота правоприменения, послужившего изменению судебной практики по оплате медицинской помощи, оказанной сверх выделенных медицинской организации объёмов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, проанализированы изменения в законодательстве в сфере ОМС в данной части, приведены правовые позиции, сформированные Верховным Судом Российской Федерации, которые рассмотрены автором с точки зрения их практической реализации в деятельности медицинских организаций и в судебной практике, выявлены предлагаемые государством векторы решения проблемы, установлены нормы в законодательстве в сфере ОМС, препятствующие их реализации, предложены законодательные инициативы, которые могут привести к реализации права медицинских организаций на получение оплаты за оказанную медицинскую помощь сверх выделенных объёмов: возложение на Комиссию по разработке Территориальной программы обязанности рассматривать вопросы перераспределения объёмов медицинской помощи с учётом фактически оказанной медицинской помощи в текущем году исходя из потребности застрахованных лиц, предоставление права обращения за средствами нормированного страхового запаса непосредственно медицинским организациям.

Ключевые слова: сверхобъёмы, объёмы по ОМС, объёмы медицинской помощи, объёмы финансового обеспечения, неоплата медицинской помощи, отказ в оплате, нормированный страховой запас, комиссия

Valeria Fefilova

THE PROBLEM OF NON-PAYMENT OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE PROVIDED BY MEDICAL ORGANIZATIONS IN EXCESS OF THE ALLOCATED AMOUNTS, AND WAYS TO SOLVE IT

The article is devoted to the current problem of medical organizations working in the field of compulsory medical insurance. The author has searched for a turn in law enforcement that served as a change in judicial practice on payment for medical care rendered in excess of the volumes of provision and financial support of medical care allocated to a medical organization, analyzed changes in the legislation in the field of compulsory medical insurance in this part, provided legal positions formed by the Supreme Court of the Russian Federation, which were considered by the author from the point of view of their practical implementation in the activities of medical organizations and in judicial practice, identified vectors for solving the problem proposed by the state, established norms in the legislation in the field of compulsory medical insurance that impede their implementation, proposed legislative initiatives that can lead to the implementation of the right of medical organizations to receive payment for medical care rendered in excess of the allocated volumes: imposing on the Commission for the Development of the Territorial Program the obligation to consider issues of redistribution of volumes of medical care taking into account the actual medical care rendered in the current year based on the actual needs of insured persons, granting the right to apply for funds from the standardized insurance stock (NIS) directly to medical organizations.

Keywords: excess volumes, volumes under compulsory medical insurance, volumes of medical care, volumes of financial support, non-payment of medical care, refusal to pay, standardized insurance stock, commission

Обязательное медицинское страхование (ОМС) — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования¹.

Объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи планируются и устанавливаются в Территориальной программе ОМС, распределяются между медицинскими организациями Комиссией по разработке Территориальной программы (далее — Комиссия).

В случае, если выделенных объёмов медицинской помощи не хватает, медицинские организации вынуждены оказывать медицинскую помощь сверх выделенных объёмов (так называемые «сверхобъёмы»).

Ранее арбитражные суды удовлетворяли иски медицинских организаций к страховым медицинским организациям о взыскании оплаты за медицинскую помощь, оказанную сверх выделенных объёмов, но в 2022–2023 гг. судебная практика в корне изменилась и стала «отказной».

Проблема изменения судебной практики начала обсуждаться в правовом сообществе ещё в 2021 году, когда стали появляться первые «отказные» решения в оплате «сверхобъёмов»:

«Судьи московского арбитража до 2020 года 100% решений выносили в пользу медорганизаций, а начиная с середины прошлого года вектор сменился. При этом исковые заявления содержат те же самые доводы и доказательства, в отличие от судебных решений, с содержанием которых происходят необъяснимые метаморфозы. Если выносимые ранее вердикты аргументированно подтверждали правильность позиции истца, то с 2020 года описательная часть судебных решений убеждает уже в виновности истца» [2].

¹ Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, №49, ст. 6422.

«Раньше эта проблема, как и общая недостаточность объёмов, разрешалась через суд, но в последнее время риторика арбитража стала меняться. ... Теперь судьи ищут и находят контраргументы. Помимо во всех смыслах спорной формулировки про «конечность» бюджета и объёмов, это ссылка на условия договора на оказание и оплату медпомощи по ОМС, а именно на то, что медпомощь может быть оказана только в установленных договором пределах. То есть сколько СМО было выделено, столько медорганизация и может получить. «Главный аргумент судов теперь заключается в том, что выход медорганизации за пределы объёмов медпомощи не входит в программу госгарантий, а объём медуслуг является существенным условием договора, поэтому в одностороннем порядке выходить за пределы объёмов необоснованно», — поясняет управляющий Центра медицинского права Алексей Панов.» [3].

Следует отметить, что кардинальная смена позиции судов по исследуемому вопросу произошла при одновременной неизменности нормативного регулирования ОМС. Так, федеральные законы, регулирующие сферу ОМС, от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² и от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»³ (далее Закон №326-ФЗ) в части права застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи по ОМС и её оплату медицинским организациям не менялись.

С 1 июля 2021 года изменились Правила ОМС, утв. приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н⁴: обращаться в Комиссию стало необходимо при фактическом превышении объёмов медицинской помощи

² Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

³ Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ.

⁴ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 №54643) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201905170008> (дата обращения: 18.05.2025).

(пункт 157 Правил ОМС), а не при планировании, как было установлено ранее (пункт 151 Правил ОМС в ред. до 01.07.2021). То есть сначала надо оказать медицинскую помощь, а затем обратиться в Комиссию с предложением о выделении дополнительных объёмов.

Однако при изменении Правил ОМС неизменным осталось Положение о деятельности Комиссии (приложение №1 к Правилам ОМС), в котором не предусмотрена обязанность Комиссии увеличивать объёмы медицинской помощи и финансового обеспечения за фактически оказанную медицинскую помощь.

Важно обратить внимание, что в 2022 году был отменён 28 пункт Обзора судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №4 (2018), утв. Президиумом Верховного Суда России 26.12.2018⁵: «Медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы обязательного медицинского страхования или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объёмов медицинской помощи. При отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу обязательного медицинского страхования, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медицинской помощи, медицинские услуги, оказанные сверх объёма, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию и подлежащими оплате в полном объёме в соответствии с установленными тарифами обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией».

По мнению автора, именно отменой данного пункта Обзора судебной практики Верховного Суда России риск расходов, свя-

занных с планированием программ ОМС и недостатком средств ОМС, был переложён на медицинские организации.

Одновременно с корректировкой Обзора судебной практики Верховный Суд России указал медицинским организациям на иной путь для получения оплаты за фактически оказанную медицинскую помощь: не предъявление исков к страховым медицинским организациям, как ранее, а оспаривание решений Комиссий о распределении объёмов медицинской помощи (определения Верховного Суда России от 25.07.2022 г. №201-ПЭК22 по делу №А13-15420/2020⁶, №301-ЭС21-24224 от 04.04.2022 по делу №А29-7771/2020⁷).

Однако судебная практика по оспариванию решений Комиссий сложилась отрицательная (см. табл. 1).

Как следует из приведённой таблицы 1, количество выигранных дел по оспариванию решений Комиссии ничтожно: 2 из 37 представленных, при этом одно из двух выигранных дел (№А43-8537/2023) в судах вышестоящих инстанций не проверялось, а по второму делу (№А44-4992/2021) решение вынесено в 2021 году, постановление суда кассационной инстанции — в 2022 году, то есть на «переломе» судебной практики. Таким образом, 2 выигранных дела являются «исключением из правила».

Особое внимание следует обратить на отказные решения судов по делам, связанным с оказанием медицинской помощи даже по такому профилю лечения как «онкология», и не частной медицинской организацией, а государственным бюджетным учреждением (№А82-5699/2022,

5 Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №4 (2018) (утв. Президиумом Верховного Суда России 26.12.2018) (ред. от 01.06.2022) // URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=418308&cacheid=F64D4890E4C2AAFC469217258CC7C3D4&mode=splus&rnd=K3tBHw#bZGj9mU482cnYqmPi> (дата обращения: 25.05.2025).

6 Определение Верховного Суда Российской Федерации от 25.07.2022 №201-ПЭК22 по делу №А13-15420/2020 // URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=722081&cacheid=CBBo674C9E9EF92039538331CECF4E18&mode=splus&rnd=K3tBHw#Jy9m9mUS4EGwQXNn> (дата обращения: 25.05.2025).

7 Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 04.04.2022 №301-ЭС21-24224 по делу №А29-7771/2020 // URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=707394&cacheid=092C64DiABEDE497F698D5448B9BDD23&mode=splus&rnd=K3tBHw#HDGn9mU46LMwFC07> (дата обращения: 25.05.2025).

Таблица 1.

Таблица судебных дел по оспариванию решений Комиссий
из Картотеки арбитражных дел⁸

№	Номер дела	Суд	Дата решения	Результат
1	А05-2817/2022	Арбитражный суд Архангельской области	02.08.2022	Отказано
2	А36-7491/2022	Арбитражный суд Липецкой области	14.12.2022	— // —
3	А05-6297/2022	Арбитражный суд Архангельской области	08.09.2022	— // —
4	А05-6298/2022	Арбитражный суд Архангельской области	25.08.2022	— // —
5	А44-3334/2022	Арбитражный суд Новгородской области	15.09.2022	— // —
6	А19-14449/2022	Арбитражный суд Иркутской области	21.10.2022	— // —
7	А56-4482/2023	Арбитражный суд г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области	24.08.2023	— // —
8	А05-3221/2023	Арбитражный суд Архангельской области	27.07.2023	— // —
9	А05-4567/2023	Арбитражный суд Архангельской области	18.08.2023	— // —
10	А43-8537/2023	Арбитражный суд Нижегородской области	08.09.2023	Признать недействительным реше- ние Комиссии
11	А32-18580/2023	Арбитражный суд Краснодарского края	08.02.2024	Отказано
12	А05-9010/2023	Арбитражный суд Архангельской области	12.01.2024	— // —
13	А26-2466/2024	Арбитражный суд Республики Карелия	18.11.2024	— // —
14	А05П-248/2024	Арбитражный суд Архангельской области	16.12.2024	— // —

⁸ Картотека арбитражных дел: <https://kad.arbitr.ru> (дата обращения 10.06.2025). Поиск осуществлен по фильтру «участник дела» — комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, период — с 2022 года.

№	Номер дела	Суд	Дата решения	Результат
15	А05П-136/2024	Арбитражный суд Архангельской области	14.10.2024	Отказано
16	А20-1442/2024	Арбитражный суд Кабардино- Балкарской Республики	07.02.2025	— // —
17	А63-3056/2023	Арбитражный суд Ставропольского края	04.03.2025	— // —
18	А82-11771/2022	Арбитражный суд Ярославской области	02.05.2024	Удовлетворено в 1 инстанции, отменено в кассационной инстанции, дело направлено на новое рассмотрение, вынесено новое решение об отказе в удовлетворении заявления
19	А05-4565/2022	14 Арбитражный апелляционный суд	07.06.2023	Решение суда первой инстанции об отказе в удовлетворении заявления оставлено без изменения
20	А56-95896/2022	13 Арбитражный апелляционный суд	23.03.2023	— // —
21	А05-4281/2022	14 Арбитражный апелляционный суд	07 февраля 2023 года	— // —
22	А40- 267090/2022	9 Арбитражный апелляционный суд	16.06.2023	— // —
23	А56-3486/2023	13 Арбитражный апелляционный суд	14.02.2023	— // —
24	А02-330/2023	7 Арбитражный апелляционный суд	20.09.2023	— // —
25	А05-2358/2023	14 Арбитражный апелляционный суд	12.12.2023	— // —
26	А44-4992/2021	Арбитражный суд Северо- Западного округа	01.09.2022	Решение Комиссии признано недействительным судом первой инстанции, решение суда оставлено без изменения
27	А44-801/2023	Арбитражный суд Северо- Западного округа	22.11.2023	Решение суда оставлено без изменения, кассационная жалоба — без удовлетворения
28	А82-5699/2022	Арбитражный суд Волго- Вятского округа	08.12.2023	Решение отменено, вынесено новое решение об отказе
29	А44-4517/2022	Арбитражный суд Северо- Западного округа	19.01.2023	Решение суда оставлено без изменения, кассационная жалоба — без удовлетворения
30	А05-4284/2022	Арбитражный суд Северо- Западного округа	25.05.2023	— // —

№	Номер дела	Суд	Дата решения	Результат
31	A56-47580/2022	Арбитражный суд Северо-Западного округа	09.02.2023	Решение суда оставлено без изменения, кассационная жалоба — без удовлетворения
32	A20-4014/2022	Арбитражный суд Северо-Кавказского округа	02.12.2024	— // —
33	A29-14554/2023	Арбитражный суд Волго-Вятского округа	21.11.2024	— // —
34	A22-478/2023	Арбитражный суд Северо-Кавказского округа	21.04.2024	— // —
35	A05-4283/2022	Верховный Суд России	31.08.2023	Отказано в передаче кассационной жалобы для рассмотрения в Верховном суде России (в 1 инстанции отказано)
36	A53-30650/22	Верховный Суд России	08.02.2024	— // —
37	A05-4371/2023	Верховный Суд России	17.01.2025	Отказано в передаче кассационной жалобы для рассмотрения в Верховном суде России (в первой инстанции удовлетворено, в апелляционной инстанции отменено и принято новое решение об отказе)

№A82-11771/2022). Изначально судом первой инстанции заявления медицинской организации были удовлетворены, однако суд кассационной инстанции отменил решения, указав на то, что фактическое превышение медицинской организацией установленных объемов медицинской помощи само по себе не влечёт незаконность и необоснованность указанного решения, поскольку в обязанности Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС не входит удовлетворение всех представленных медицинскими организациями предложений по увеличению их финансового обеспечения; учреждение не указало, какие из критериев, указанных в Положении, применены Комиссией неверно либо нарушены⁹.

⁹ Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 08.12.2023 №Ф01-6872/2023 по делу №A82-5699/2022 // URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&base=AVV&n=119658&cacheid=89EF726ABAoDoC097B7776689F9685F8&mode=splus&rnd=lt siRw#AY2rgmUyZixDxKEm> (дата обращения 25.05.2025).

Судьей Арбитражного суда Северо-Западного округа Л. И. Корабухиной в статье «Актуальные вопросы применения законодательства об обязательном медицинском страховании» приведён анализ судебной практики Арбитражного суда Северо-Западного округа за 2022–2023 гг. по делам об оспаривании решений Комиссии, в котором отражено только одно «положительное» решение (дело №A44-4992/2021) [5]. При этом отказные решения обоснованы следующими выводами суда:

- наличие у медицинских организаций права на обращение в Комиссию не означает, что в обязанность Комиссии вменено удовлетворение полностью или в части представленных ими предложений по формированию объёмов предоставления медицинской помощи;
- нормативно-правовыми актами не установлена обязанность Комиссии распределять объёмы предоставления медицин-

ской помощи в рамках территориальной программы ОМС с целью обеспечения финансовой деятельности коммерческих организаций;

- Комиссией не нарушены критерии распределения объёмов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в Положении о деятельности Комиссии;
- в силу части 11 статьи 36 Закона №326–ФЗ стоимость утверждённой территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда.

Таким образом, путь оспаривания решений Комиссий, указанный Верховным Судом России в качестве защиты нарушенных прав медицинских организаций на получение оплаты за незапланированную, но фактически оказанную медицинскую помощь, оказался тупиковым.

Помимо этого, как позже указал Верховный Суд России, в отсутствие объёмов финансового обеспечения оказания гражданам медицинской помощи по программе ОМС медицинская организация обязана проинформировать граждан о возможности получения необходимой медицинской помощи в других медицинских организациях, оказывающих аналогичную помощь в рамках ОМС (п. 17 Обзора судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании, утв. Президиумом Верховного Суда России 27.11.2024¹⁰).

Однако, по мнению автора, приведённая выше выдержка из Обзора судебной практики не согласуется с законодательством Российской Федерации. Так, ни федеральными законами, регулирующими сферу ОМС, ни Правилами ОМС, ни типовым Договором на оказание и оплату медицинской помощи не предусмотрены отказ в медицинской помощи и перенаправление пациентов в

другие медицинские организации в случае исчерпания объёмов¹¹, — напротив, правилами ОМС предполагается возможность оказания медицинской помощи сверх объёмов, т.к. пунктом 157 Правил ОМС предусмотрено обращение в Комиссию только в случае фактического превышения объёмов и отказа в оплате. При этом Законом об охране здоровья застрахованным лицам предоставлено право самостоятельного выбора медицинской организации.

Представляется очевидным, что планирование осуществляется для того, чтобы при изменении потребности населения в медицинской помощи государство могло эффективно осуществлять медицинское и финансовое обеспечение, а не соблюдать план вопреки фактической потребности. Невозможно болеть по плану государства и в рамках выделенных бюджетных средств ОМС.

Основой формирования территориальной программы государственных гарантий является потребность населения в медицинской помощи, предоставляемой на бесплатной основе (пункт 4 письма Минздрава России от 13.01.2022 №11–7/И/2–275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы»¹²; письмо Минздрава России от 11.02.2025 №31–2/И/2–2286 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025–2027

¹¹ Приказ Минздрава России от 30.12.2020 №1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.01.2021 №62056) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/000120210113001> (дата обращения 25.05.2025).

¹² Письмо Минздрава России от 13.01.2022 №11–7/И/2–275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы» // URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=406983&cacheid=9628E253BC21C1F6D9DoAFDB102F7B4F&mode=splus&rnd=ltSiRw#UwAz9mUeSLiCWYBm> (дата обращения 25.05.2025).

¹⁰ Обзор судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 27.11.2024) // Бюллетень Верховного суда РФ, №3, март, 2025.

годы»), а не размер субвенций из бюджета ФФОМС, не стоимость территориальной программы¹³.

Согласно части 10 статьи 36 Закона №326-ФЗ объёмы распределяются решением Комиссии, в том числе исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Как отмечается в правовой доктрине, ни федеральное законодательство, регулирующее права граждан в сфере здравоохранения, ни базовая, ни территориальные программы ОМС не относят «превышение распределённого объёма её предоставления» к основаниям для отказа пациенту в оказании медицинской помощи. Однако сложившаяся судебная практика в отношении медицинских организаций вынуждает последних заниматься не оказанием медицинской помощи, а постановкой пациентов в «лист ожидания» до выделения дополнительных объёмов или начала нового отчётного периода, информированием пациентов о возможности получения медицинских услуг в другой организации, маршрутизацией и т. д. [1, с. 164].

На сегодняшний день юридическая наука не предлагает варианты решения проблемы «сверхобъёмов», а только обозначает наличие проблемы и фиксирует повсеместное нарушение прав медицинских организаций на получение оплаты за оказанную медицинскую помощь.

В связи со сложившимися обстоятельствами медицинские организации, с одной стороны, обязаны выполнять нормы Закона об охране здоровья граждан, согласно части 1 статьи 11 которого отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не допускается, а, с другой стороны, несут риск в неоплате/неполной оплате оказанной медицинской помощи.

Фактически складывается следующая ситуация: «вы оказывайте помощь, потому что обязаны, а мы не будем её оплачивать, потому что не обязаны» [3].

При этом в соответствии с пунктом 5 статьи 3 Закона №326-ФЗ страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию предполагает исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи и по её оплате медицинской организации.

Одним из основных принципов осуществления обязательного медицинского страхования является государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика (пункт 4 статьи 4 Закона №326-ФЗ).

На основании вышеприведённых норм закона не может одновременно гарантироваться исполнение медицинской организацией обязательств по предоставлению застрахованному лицу медицинской помощи и не гарантироваться медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, оплата медицинской помощи.

Автор разделяет мнение управляющего партнёра бюро «ОНЕГИН Групп» адвоката О. Зиновьевой: довод о том, что Территориальная программа ОМС ограничена её стоимостью, одиозен и незаконен, бюджет территориального фонда имеет нормированный страховой запас (НСЗ), который (и на это прямо указано) должен направляться на дополнительное финансирование медицинской помощи [3].

Для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования и обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас (статья 26 Закона №326-ФЗ, пункт 2 Порядка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязатель-

¹³ Письмо Минздрава России от 11.02.2025 №31-2/И/2-2286 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025–2027 годы» // URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=498501&dst=100008&field=134&rnd=ltsiRw#wupz9mUUmvsigRg> (дата обращения 25.05.2025).

ного медицинского страхования, утв. приказом ФФОМС от 29.12.2021 №149н¹⁴).

Однако в настоящее время оказание медицинскими организациями медицинской помощи по ОМС сверх выделенных объемов является «игрой в рулетку» с государством: выделит или не выделит Комиссия дополнительные объемы финансирования, что зависит от наличия или отсутствия остатка средств ОМС на конец года и распределения объемов между медицинскими организациями.

В органах исполнительной и судебной власти предпринимаются попытки решения проблемы «сверхобъемов»: предполагается оплата медицинской помощи, оказанной в экстренной форме, также указывается на возможность оплаты «сверхобъемов» за счёт НСЗ:

1. Согласно позиции Верховного Суда России, изложенной в пункте 17 Обзора судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании, утв. Президиумом Верховного Суда России 27.11.2024, медицинская организация имеет право получить оплату за медицинскую помощь в экстренной форме, оказанную сверх выделенных объемов¹⁵.

2. В Базовой программе ОМС на 2025 год¹⁶ появилась новелла: «Средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренные на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также на опла-

ту медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, могут направляться медицинскими организациями на возмещение расходов за предоставленную медицинскую помощь по видам и условиям её оказания в части объемов медицинской помощи, превышающих установленные им комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

Однако данные предложения не могут быть реализованы на практике в силу следующего:

1. Верховный Суд России, указывая на наличие права у медицинской организации на получение оплаты за медицинскую помощь в экстренной форме, оказанную сверх выделенных объемов, приводит пример судебного решения о взыскании оплаты со страховой медицинской организации.

Между тем данное решение неактуально, так как у страховой медицинской организации не возникает обязательства оплатить счета сверх выделенных объемов, поскольку в случае превышения таковых счетов в страховую медицинскую организацию не поступают.

Так, на основании Правил ОМС с 01.07.2021 медицинские организации направляют счета для проведения медико-экономического контроля на соответствие объемам и размеру финансового обеспечения не в страховую медицинскую организацию, как ранее, а в ТФОМС, затем ТФОМС в случае соответствия выделенным объемам направляет счета для оплаты в страховые медицинские организации. Таким образом, при наличии «сверхобъемов» счета отклоняются от оплаты ещё территориальными фондами ОМС по кодам дефекта 1.6.2. и 1.6.3¹⁷ и не доходят до страховых медицинских организаций, а значит: нет счетов — нет обязательств.

17 Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, приложение к приказу Минздрава России от 19.03.2021 №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 14.05.2021.

14 Приказ ФФОМС от 29.12.2021 №149н «Об установлении Порядка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 03.02.2022 №67123) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202202030024> (дата обращения 25.05.2025).

15 Обзор судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 27.11.2024).

16 Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации, 30.12.2024, №53 (часть II), ст. 8753.

2. Как указано в Базовой программе ОМС на 2025 год, средства НСЗ «могут направляться медицинскими организациями на возмещение расходов». Однако возникает вопрос: а как средства НСЗ поступят в медицинские организации?

Право обращения за средствами НСЗ медицинским организациям законом не предоставлено, такое право имеется только у страховых медицинских организаций в случае нехватки средств на оплату медицинской помощи (часть 6 статьи 38 Закона об ОМС; пункт 132 Правил ОМС, пункт 7 приказа ФФОМС от 29.12.2021 №149н «Об установлении Порядка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования»¹⁸).

Однако, как указывалось выше, при наличии «сверхобъёмов» счета отклоняются от оплаты ещё территориальными фондами ОМС и не доходят до страховых медицинских организаций, в силу чего у последних не возникает и не может возникнуть нехватки средств на оплату счетов и, как следствие, права обращения за средствами НСЗ.

В итоге средства НСЗ не запрашиваются страховыми медицинскими организациями, практически не используются территориальными фондами ОМС и возвращаются в федеральный фонд ОМС, а медицинская помощь, фактически оказанная медицинскими организациями, на которую не хватило средств ОМС, заложенных в Территориальной программе ОМС, остаётся без оплаты.

В связи с неполучением оплаты за фактически оказанную медицинскую помощь, переложением судами рисков расходов на медицинские организации, последние будут вынуждены отказывать гражданам в оказании медицинской помощи в рамках ОМС в случае превышения установленных для медицинской организации объёмов медицинской помощи и размера финансового обеспечения, что с неизбежностью отрицательно скажется на доступности медицинской помощи для граждан России по ОМС и, как следствие, на здоровье населения Российской Федерации.

При этом в судебном порядке в настоящее время оспорить решения Комиссии о невыделении дополнительных объёмов медицинской помощи и размера финансового обеспечения не является возможным: суды отказывают в признании решений Комиссии незаконными, так как Комиссия при распределении объёмов не нарушила Положение, при этом в Положении в действующей редакции отсутствует обязанность Комиссии перераспределять объёмы медицинской помощи и финансового обеспечения между медицинскими организациями в текущем году в связи с фактической потребностью застрахованных лиц в медицинской помощи и изыскивать дополнительные средства на оплату незапланированной медицинской помощи, фактически оказанной в течение текущего года.

Для реализации права медицинских организаций на получение оплаты за оказанную медицинскую помощь сверх выделенных объёмов автор предлагает внести изменения в законодательство в сфере ОМС, основной концепцией которых является:

1. Предоставление права обращения в ТФОМС за средствами нормированного страхового запаса непосредственно медицинским организациям, оказавшим медицинскую помощь сверх выделенных объёмов.

2. Возложение на Комиссию обязанности рассматривать вопросы перераспределения объёмов медицинской помощи с учётом фактически оказанной медицинской помощи в текущем году исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, в том числе оказанной в экстренной и неотложной форме.

Предлагаемые изменения в законодательство в сфере ОМС автор представила в виде таблицы (см. табл. 2).

Таким образом, в заключение проведённого исследования автор полагает, что именно действующее положение закона о том, что средства НСЗ направляются в страховые медицинские организации, а не непосредственно в медицинские организации, является системной ошибкой и препятствует получению медицинскими организациями денежных средств из НСЗ.

Предоставление права обращения в ТФОМС за средствами НСЗ непосредствен-

¹⁸ Приказ ФФОМС от 29.12.2021 №149н.

Таблица 2.

**Предлагаемые изменения в действующее законодательство
в сфере обязательного медицинского страхования**

<i>Правовой акт</i>	<i>Редактируемая норма права</i>	<i>Предлагаемая редакция</i>
Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	Пункт 3 части 4 статьи 38	Исключить термин «страховая» из всех словосочетаний «страховая медицинская организация»
	Части 6, 7, 8 и 9 статьи 38	
Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»	Пункты 132, 133, 134	
Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»	Последний абзац раздела V «Финансовое обеспечение программы»: Средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренные на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, могут направляться медицинскими организациями на возмещение расходов за предоставленную медицинскую помощь по видам и условиям ее оказания в части объемов медицинской помощи, превышающих установленные им комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.	Средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренные на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, могут направляться медицинским организациям и использоваться ими для возмещения расходов за предоставленную медицинскую помощь по видам и условиям ее оказания в части объемов медицинской помощи, превышающих установленные им комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.
Приказ ФФОМС от 29.12.2021 № 149н «Об установлении Порядка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования»	Пункт 7	Исключить термин «страховая» из всех словосочетаний «страховая медицинская организация»

но медицинским организациям, оказавшим медицинскую помощь сверх выделенных объемов, сможет привести к реализации прав медицинских организаций на получение оплаты за оказанную медицинскую помощь и прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи согласно потребности.

С целью контроля за расходованием средств НСЗ решение ТФОМС о предоставлении средств НСЗ медицинской организации должно приниматься после проведения проверки медицинской организации по установлению причин оказания медицинской помощи сверх выделенных объемов, так же как действующим законодательством установлено проведение проверки страховой медицинской организации для установления причин недостатка средств.

Изменения в Положение о деятельности Комиссии обяжут Комиссию перераспределять объёмы с учётом фактически оказанной медицинской помощи в текущем году, а также изыскивать в оперативном порядке дополнительные средства на оплату незапланированной, но фактически оказанной медицинской

помощи, в том числе в экстренной и неотложной форме, совместно с органами власти субъекта Российской Федерации, в полномочия которых входит финансовое обеспечение территориальных программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда и с территориальным фондом ОМС, в бюджете которого имеется НСЗ.

Новеллы в Положении о деятельности Комиссии, обязывающие Комиссию перераспределять объёмы с учётом фактически оказанной медицинской помощи, также смогут повлиять на судебную практику по оспариванию решений Комиссии, так как должны будут учитываться судами при вынесении решений.

Предложенные инициативы согласуются с позицией Верховного Суда России в части необходимости оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной форме, и с позицией органов исполнительной власти России о возможности оплаты «сверхобъёмов» за счёт средств НСЗ, а также соответствуют декларируемой социальной политике государства.

Список литературы:

1. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Пиакартова З. М. и др. Оказание медицинской помощи «сверхобъёма» в рамках ОМС: штрафные санкции или уголовная ответственность // Дальневосточный медицинский журнал. 2023. №4. С. 159–167. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-4-24>.
2. Джапаридзе Р. Суды перешли в наступление на сверхобъёмы // Сайт medvestnik.ru, 03.08.2021. URL: <https://medvestnik.ru/content/interviews/Sverhobemnyi-bespredel-i-kak-s-nim-borotsya.html> (дата обращения 13.06.2025).
3. Камаев Д., Колесникова В., Прохорчук С. Мошна времени: с каких пор суды массово отказывают клиникам в оплате сверхобъёмов // Vademecum, 2021, №1. URL: https://vademec.ru/article/moshna_vremeni_s_kakikh_por_sudy_massovo_otkazyvayut_klinikam_v_oplate_sverkhobemov/ (дата обращения 13.06.2025).
4. Клопова И. А. Судебная практика ОМС: риски «ретроградного движения» // URL: <https://www.np-med.ru/article/1608/> (дата обращения 13.06.2025).
5. Корабухина Л. И. Актуальные вопросы применения законодательства об обязательном медицинском страховании // Арбитражные споры. 2024. №3. С. 20–49.

Об авторе:

Фефилова Валерия Вячеславовна — член Ассоциации юристов России, медицинский юрист, практикующий юрист, индивидуальный предприниматель, Архангельск, info@medical-urist.ru

Valeria Vyacheslavovna Fefilova — Member of the Russian Association of Lawyers, Medical Lawyer, Practicing Lawyer, Individual Entrepreneur, Arkhangelsk

© Фефилова В. В., 2025

Для цитирования:

Фефилова В. В. Проблема неоплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной медицинскими организациями сверх выделенных объёмов, и пути её решения // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 58-70.

For citation:

Fefilova V. V. The problem of non-payment of compulsory medical insurance provided by medical organizations in excess of the allocated amounts, and ways to solve it // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 58-70.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 26.05.2025 г.

Чуксеева С. А.

О ПРАВОВОМ СТАТУСЕ ЭМБРИОНА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья посвящена анализу правового статуса эмбрионов в российском законодательстве. Рассматриваются основные правовые источники, регулирующие вопросы, связанные с правами эмбрионов, включая Конституцию РФ, Гражданский кодекс, Федеральные законы и подзаконные акты. Автор выделяет иерархию этих источников и отмечает отсутствие единого нормативного акта, комплексно регулирующего данную сферу. В статье подчёркивается, что эмбрионы не обладают полной правоспособностью, но их интересы косвенно защищаются через охрану здоровья беременных женщин, уважение достоинства при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и запрет на клонирование человека. Делается вывод о фрагментарности правового регулирования и необходимости дальнейшего совершенствования законодательства, включая возможное принятие специализированного нормативного акта. Статья акцентирует важность баланса между защитой прав эмбрионов и репродуктивными правами граждан, а также необходимость общественных и научных дискуссий по этой теме.

Ключевые слова: эмбрион, права эмбрионов, российское законодательство, правовой статус, Конституция РФ, Гражданский кодекс РФ, вспомогательные репродуктивные технологии, биоэтика, защита жизни, клонирование человека, правовые источники, правоспособность, репродуктивные права

Svetlana Chukseeva

ON THE LEGAL STATUS OF THE EMBRYO IN THE RUSSIAN FEDERATION

The article is devoted to the analysis of the legal status of embryos in Russian legislation. The main legal sources regulating issues related to the rights of embryos are considered, including the Constitution of the Russian Federation, the Civil Code, Federal laws and by-laws. The author highlights the hierarchy of these sources and notes the absence of a single regulatory act comprehensively regulating this area. The article emphasizes that embryos do not have full legal capacity, but their interests are indirectly protected through the protection of pregnant women's health, respect for dignity when using assisted reproductive technologies and a ban on human cloning. The conclusion is drawn about the fragmented nature of legal regulation and the need for further improvement of legislation, including the possible adoption of a specialized regulatory act. The article highlights the importance of a balance between protecting the rights of embryos and the reproductive rights of citizens, as well as the need for public and scientific.

Keywords: embryo, rights of embryos, Russian legislation, legal status, Constitution of the Russian Federation, Civil Code of the Russian Federation, assisted reproductive technologies, bioethics, protection of life, human cloning, legal sources, legal capacity, reproductive rights

Вопрос о правах эмбрионов является одним из наиболее сложных и дискуссионных в современном правоведении, биоэтике, медицине и естественных науках в целом.

Развитие репродуктивных технологий и методов генетического исследования ставит перед законодателем необходимость определения правового статуса эмбриона и юридической защиты всего комплекса свя-

занных с ним интересов. В данной статье мы рассмотрим основные правовые источники, регулирующие статус эмбрионов в российском праве в порядке их иерархии с целью формирования общего представления о состоянии вопроса.

Говоря о правовых источниках, регулирующих правоотношения, связанные с эмбрионами в Российской Федерации, следует

отметить, что в российском законодательстве отсутствует единый юридический акт, комплексно регулирующий весь спектр отношений, связанных с эмбрионами.

Правовое регулирование осуществляется посредством отдельных положений различных правовых актов, представленных ниже в соответствии с их иерархией.

Конституция Российской Федерации

Статья 20 Конституции РФ закрепляет право каждого на жизнь. Однако вопрос о том, распространяется ли это право на эмбрион, остаётся дискуссионным¹.

Гражданский кодекс Российской Федерации

Статья 17 ГК РФ устанавливает правоспособность гражданина, которая возникает в момент его рождения. Эмбрион не является гражданином, следовательно, не обладает полной правоспособностью².

Семейный кодекс Российской Федерации

Семейный Кодекс не регулируя непосредственно правоотношения, связанные с эмбрионами, определяет порядок установления происхождения детей, родившихся в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) (статьи 51, 52)³.

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴

Статья 55 регулирует применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Она устанавливает право совершеннолетних дееспособных граждан на применение ВРТ при наличии медицинских показаний.

Статья 56 определяет условия проведения искусственного прерывания беременности.

Федеральный закон от 20.05.2002 №54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека»

Данный закон устанавливает запрет на клонирование человека, но допускает использование методов клонирования в научно-исследовательских целях⁵.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»⁶

Данный приказ устанавливает порядок проведения ВРТ, включая процедуру криоконсервации эмбрионов и их дальнейшего использования.

Права эмбрионов в российской законодательной системе

Анализ вышеперечисленных правовых источников позволяет сделать вывод о том, что в российском законодательстве в настоящее время эмбрион рассматривается в качестве объекта, но не субъекта права. В части косвенных указаний на возможность его рассмотрения как субъекта можно отметить следующие теоретические аспекты, связанные с защитой, связанных с ним интересов:

Право на защиту жизни

Хотя вопрос о том, обладает ли эмбрион правом на жизнь в полном объёме, остаётся открытым, государство обеспечивает охрану жизни и здоровья женщины в период беременности, что прямо направлено на защиту эмбриона, поскольку именно эмбрион является будущим плодом и ребёнком.

Право на уважение и достоинства

Федеральный закон №323 предусматривает необходимость уважительного, гуманного,

1 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) // URL: <http://pravo.gov.ru/constitution/> (дата обращения: 23.04.2025).

2 Кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 №51-ФЗ «Гражданский кодекс Российской Федерации» // URL: <http://actual.pravo.gov.ru/content/content.html#hash=ba747b7c430fdb9405741d818463a26afi577a680f7a9ab6318cc6f4faa1121&ttl=1> (дата обращения: 23.04.2025).

3 Семейный кодекс Российской Федерации // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody&nd=102038925> (дата обращения: 23.04.2025).

4 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

5 Федеральный закон от 20.05.2002 № 54-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 2002 г., № 21, ст. 1917.

6 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» // <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202010190041> (дата обращения: 23.04.2025).

не технологического отношения, с запретом их использования для промышленных целей, к гражданам, являющимся создателями и носителями эмбрионов при проведении ВРТ.

Право на развитие

Государство создаёт условия для развития репродуктивных технологий, которые позволяют сохранить и использовать эмбрионы для рождения здоровых детей.

Запрет на клонирование человека

ФЗ №54 устанавливает запрет на клонирование человека, что направлено на защиту генетической уникальности каждого индивида.

Право на установление происхождения

В случае рождения ребёнка в результате применения ВРТ, Семейный кодекс гарантирует возможность установления его происхождения.

Следует отметить, что действительным субъектом всех перечисленных выше прав является сам человек, люди ставшие источником генетического материала, обеспечившего зарождение эмбриона. Соответственно, все виды отношений, связанных с эмбрионом, так или иначе рассматриваются прежде всего через призму прав и обязанностей людей⁷. Вопрос о признании субъектности эмбриона является крайне сложным⁸. Он носит в зна-

чительной мере спекулятивный, вероятностный характер и в настоящее время его решение весьма маловероятно⁹.

В заключение следует отметить, что регулирование связанных с эмбрионами правоотношений в Российской Федерации является фрагментарным и нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Присутствие соответствующих правовых норм в различных правовых актах может вызывать сложности с их толкованием и неопределённость, что, в свою очередь, может приводить к принятию неоднозначных правовых решений.

Современное состояние проблемы предполагает дальнейшее продолжение научных и общественных дискуссий о регулировании правоотношений, связанных с эмбрионами, в которые вовлечены сами эмбрионы, женщины и мужчины, медики и биотехнологи, на основе достижений современных естественнонаучных и гуманитарных дисциплин, с обязательным учётом религиозных представлений и этических принципов. Целью является достижение консенсуса в вопросах определения границ возможного в отношении эмбрионов с учётом всех возможных интересов, понимаемых в контексте современных норм этики, морали, нравственности и права.

7 Авакян А. М., Морозова А. А. Эмбрион: субъект или объект гражданских правоотношений // Общество: политика, экономика, право, 2017. № 5. С. 67-69.

8 Джонсон М. Статус человеческого эмбриона: сравнительная перспектива // Международный журнал права и биоэтики. 2020. Том 7. С. 34-50.

9 Бузько П. А. Проблема определения правового статуса эмбриона // URL: <https://conf.siblu.ru/problema-opredeleniya-pravovogo-statusa-embriona> (дата обращения: 23.04.2025).

Об авторе:

Чуксеева Светлана Андреевна — студентка 1 курса педиатрического факультета Казанского государственного медицинского университета, Казань, cukseevasvetlana@gmail.com

Svetlana Andreevna Chukseeva — 1st year student of the Pediatric Faculty Kazan State Medical University, Kazan

© Чуксеева С. А., 2025

Для цитирования:

Чуксеева С. А. О правовом статусе эмбриона в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 71-74.

For citation:

Chukseeva S. A. On the legal status of the embryo in the Russian Federation // М.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 71-74.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.04.2025 г.

Чулакова О. Ю.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЁРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье рассмотрен ряд проблем, связанных с реализацией проектов государственно-частного партнёрства, существующим его правовым регулированием, в том числе в части подходов к определению ГЧП в законодательстве России, соотношения ГЧП с установленными нормативными актами национальными целями развития, а также формирования условий таких проектов.

Ключевые слова: государственно-частное партнёрство, здравоохранение, территориальное планирование, национальный проект, эффективность

Olga Chulakova

THE SPECIFICS OF THE LEGAL REGULATION OF THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP PROJECTS IN THE FIELD OF HEALTHCARE

The article discusses a number of problems related to the implementation of public-private partnership projects and its existing legal regulation, including approaches to defining PPPs in Russian legislation, the relationship of PPPs with national development goals established by regulatory acts, as well as the formation of conditions for such projects.

Keywords: public-private partnership, healthcare, territorial planning, national project, effectiveness

Введение

Современное российское государство, будучи преемником советского, построенного на плановых принципах, активно стремится изменить парадигму развития здравоохранения. Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи заявлено Президентом Российской Федерации в качестве первой (и, представляется, основной) национальной цели развития Российской Федерации, наряду с устойчивой и динамичной экономикой и технологическим лидерством. Одной из задач, решение которых необходимо в целях достижения цели «Устойчивая и динамичная экономика» является увеличение к 2030 году объёма инвестиций в основной капитал не менее чем на 60 процентов по сравнению с уровнем 2020 года за счёт постоянного улучшения инвестиционного климата. Национальные проекты, утверждённые во ис-

полнение Указа Президента Российской Федерации, установившего национальные цели развития России на ближайшую шестилетку, в отличие от предшествующих, являются комплексными, предполагающими воздействие на ту или иную сферу жизни российского общества сразу с нескольких сторон. В связи с этим разумно предположить, что увеличение объёма инвестиций и постоянное улучшение инвестиционного климата к сфере здравоохранения не может не относиться.

В то же время спор о том, какая медицина лучше — частная или государственная, грозит стать вечным. Но бесспорно одно: государство, принимая на себя колоссальный объём обязательств, обеспечивает далеко не все потребности населения, хотя и стремится к расширению количества предоставляемых услуг (медицину в этом смысле можно отнести к услугам). Кроме того, когда речь идёт о масштабных проектах, таких как строительство

больших медицинских центров, государство не всегда обладает необходимыми ресурсами для сопровождения таких проектов под ключ. Поэтому государственно-частное партнёрство как один из способов привлечения частного финансирования и инвестиций в сферу здравоохранения был, есть и будет востребованным и при грамотном использовании должен способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи для населения.

Подходы к определению понятия ГЧП в теории и в российском законодательстве

Этот вопрос заслуживает отдельного внимания, поскольку, несмотря на то, что институт государственно-частного партнёрства в России уже имеет определённую историю, единое понимание так и не было выработано. Отчасти это объясняется тем, что с принятием с принятием Федерального закона от 13.07.2015 №224-ФЗ «О государственно-частном партнёрстве, муниципально-частном партнёрстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»¹ (далее — Закон №224-ФЗ) в законодательстве появилось исключительно узкое понимание рассматриваемого термина, суть которого фактически свелась к заключению соответствующего соглашения между публичным и частным партнёрами при объединении ресурсов, распределении рисков и в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества.

Появление такого понятия автоматически исключило из него все иные существующие формы ГЧП, относимые к таковым в теории или в законодательстве зарубежных стран и урегулированные в России другими федеральными законами.

Ранее проведённый и представленный в исследованиях анализ различных предлагаемых в теории подходов к определению государственно-частного партнёрства также позволяет говорить об отсутствии единого подхода к его пониманию. Так, К. А. Антонова рассматривает ГЧП как институциональный и организационный альянс между государством и бизнесом, осуществляемый на договорной основе между государственными (муниципальными) органами управления и частными структурами, в котором предметом соглашения являются государственная (муниципальная) собственность или услуги [1, с. 17, 18]. Предмет соглашения, таким образом, определяется указанным автором в качестве основного условия, определяющего институт именно как государственно-частное партнёрство. Здесь необходимо отметить, что государственная (муниципальная) собственность или услуги как предмет соглашения не могут быть признаком, определяющим соглашение как заключённое именно в сфере государственно-частного партнёрства, по нескольким основаниям. Во-первых, государственная (муниципальная) собственность не может являться предметом соглашения, поскольку собственность вообще как категория экономическая означает фактическое отношение, подвергаемое правовому оформлению: отношения лица к имуществу как к своему, присвоенному, которое можно непосредственно использовать по своему усмотрению и в собственных интересах, и отношение между людьми по поводу присвоенного имущества, которое заключается в том, что лицу, присвоившему имущество, все другие лица должны не препятствовать в его самостоятельном использовании; более того, присвоивший имущество по своему усмотрению может отстранять или допускать других лиц к его использованию. Соответственно выражение «государственная (муниципальная) собственность» говорит лишь о правовой форме этих отношений, в которой лицом, присвоившим имущество, является публично-правовое образование, и не может означать само это имущество. Во-вторых, даже если заменить понятие «государственная (муниципальная) собственность» понятием

¹ Федеральный закон от 13.07.2015 №224-ФЗ «О государственно-частном партнёрстве, муниципально-частном партнёрстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201507140006> (дата обращения: 16.05.2025).

«государственное (муниципальное) имущество», необходимо отметить, что существуют и иные виды соглашений, имеющие такой предмет и заключаемые между публичным собственником и частной организацией (договоры аренды, оказания услуг, безвозмездного пользования, займа и так далее). Более важным признаком является то, что альянс публичного и частного партнёров является организационным и институциональным, однако приведенные в работе К. А. Антоновой существенные признаки, характеризующие взаимоотношения государства и бизнеса в рамках государственно-частного партнёрства (наличие юридических отношений или договорённостей между государственными и частными инвесторами, зафиксированных в официальных документах, признание правительства равноправным партнёром частного сектора, использование принципа координации, а не субординации; наличие цели в виде достижения «взаимной дополнительной выгоды» и выполнение совместной задачи и т.д.) не дают характеристику институционального и организационного альянса государства и бизнеса, поскольку не раскрывают особенности такого альянса, основанного на объединении ресурсов двух сторон в целях достижения целей каждой из них: социальных целей — государством, получения дохода — частным партнёром.

По мнению М. В. Евсеевой, ГЧП представляет собой направленный на долгосрочную перспективу, но вместе с тем ограниченный конкретными сроками институциональный контракт между государством и бизнесом для проектов особой социальной значимости под контролем общественных структур с соблюдением принципов взаимовыгодности и прозрачности в отношении механизмов взаимодействия всех участников [2, 15]. Указанное определение понятия государственно-частного партнёрства представляется несколько узким, не отражающим все или хотя бы основные признаки института государственно-частного партнёрства, за исключением признака долгосрочности складывающихся отношений, и представляющим его по сути лишь как контракт между государством и бизнесом. С этой точки зрения более

правильным представляется дополненное В. А. Питановым с учётом экономической составляющей определение государственно-частного партнёрства как особой формы взаимоотношений между государственным и частным сектором, то есть субъектами экономических отношений, посредством согласования их интересов, через делегирование полномочий, в целях совершенствования реализации социально-экономических функций первым участником и достижения коммерческого эффекта вторым [6, с. 5]. Такое определение показывает, что суть государственно-частного партнёрства заключается в достижении обоими партнёрами своих целей, однако следует заметить, что любое взаимодействие государства и бизнеса (не только в рамках государственно-частного партнёрства) в конечном счёте имеет целью достижение каждым из участников своих целей. Следовательно, для определения уникальной сущности института государственно-частного партнёрства необходимо выделить иного признака. В приведенном подходе в качестве особенностей понятия выделяется срок, в течение которого осуществляется взаимодействие государства и бизнеса. Действительно, исходя из сути государственно-частного партнёрства, можно предположить, что такое взаимодействие обязано быть запланированным как долгосрочное.

Подход, согласно которому ГЧП представляет собой альянс государственных органов и частного бизнеса, принцип которого объясняется необходимостью создания и развития социально значимых проектов (например, И. Е. Болехова), представляется спорным, поскольку необходимость создания и развития указанных проектов не является уникальным признаком именно такого рода взаимодействия государства и бизнеса. В литературе также встречается мнение, что признаком, позволяющим отличить отношения, возникающие при реализации проектов ГЧП, от иных, схожих с ними, является общественно значимая цель, удовлетворение публичного, общественного интереса, когда такие отношения позволяют публичному партнёру обеспечить выполнение отдельных таких функций (услуг) за счёт сил привлека-

емого частного партнёра [6, с. 14-18]. Такая позиция представляется достаточно спорной при анализе реализуемых в настоящее время в отдельных субъектах Российской Федерации проектов государственно-частного партнёрства, некоторые из которых по своей сути представляют аналоги кредитования частным субъектом публичного. Не следует также забывать и об иных существующих способах вовлечения частного бизнеса в процесс реализации государством своих функций, например, посредством осуществления закупок товаров, работ, услуг для государственных и муниципальных нужд — не вызывает сомнений, что таким образом публичная власть стремится получить общественно значимый полезный результат силами и средствами поставщика, исполнителя, подрядчика. В конечном счёте можно утверждать, что любая деятельность государства должна осуществляться им в целях достижения общественно значимого полезного результата, даже если этот результат не явным образом выделен.

Приведенные подходы составляют лишь малую часть объёма исследований, но даже они показывают отсутствие единого понимания рассматриваемого института. Представляется действительно важным при определении понятия государственно-частного партнёрства выделять в качестве важнейшей (или как минимум одной из наиболее важных) особенностей данного вида взаимодействия государства и бизнеса наличие именно инвестиционной составляющей, и это подтверждается содержанием даже самых первых нормативных правовых актов, изданных в целях регулирования рассматриваемого института. Так, Президентом Российской Федерации ещё 17.09.1994 был издан указ №1928 «О частных инвестициях в Российской Федерации»² (далее — указ №1928), который вполне обоснованно считается актом, положившим начало формированию правовых основ инвестиционной деятельности и удержания частного капитала внутри страны, процесс которого продолжается и в настоящее время. Спустя несколько лет появилось

законодательство, регулирующее инвестиции³ и инвестиционную деятельность⁴ и уже существенно позднее — Федеральный закон от 21.07.2005 №115-ФЗ «О концессионных соглашениях»⁵ (далее — Закон №115-ФЗ).

С 2006 года субъектами Российской Федерации стали приниматься законы, регулирующие их участие в государственно-частном партнёрстве. По состоянию на дату вступления в силу Закона №224-ФЗ (1 января 2016 г.) такие законы были приняты в 71 субъекте Российской Федерации. Как взаимовыгодное сотрудничество субъекта Российской Федерации и частного партнёра определили государственно-частное партнёрство 40 регионов в период с 2006 по 2014 гг.⁶ Несколько регионов определили государственно-частное партнёрство как взаимодействие (организационное взаимодействие) публичного и частного партнёров. Но отдельно хотелось бы выделить определения, содержащиеся в Законе Амурской области от 06.09.2010 №379-ОЗ «О государственно-частном партнёрстве в Амурской области»⁷ и законах ещё нескольких субъектов Российской Федерации, согласно которым государственно-частное партнёрство — это (взаимовыгодное — альтернативно) взаимодействие (сотрудничество) публичного партнёра и юридических лиц, объединений юридических лиц, направленное на реализацию инвестиционных проектов, имеющих региональное или межрегиональное значение, и государственных программ области в приоритетных отраслях экономики, социальной и инновационной сферах на территории области, развитие инновационного, инвестиционно-

3 Федеральный закон от 09.07.1999 №160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 12.07.1999, №28, ст. 3493.

4 Федеральный закон от 25.02.1999 №39-ФЗ «Об инвестиционной деятельности в Российской Федерации, осуществляемой в форме капитальных вложений» // Собрание законодательства РФ. 01.03.1999, №9, ст. 1096.

5 Федеральный закон от 21.07.2005 №115-ФЗ «О концессионных соглашениях» // Собрание законодательства РФ. 25.07.2005, №30 (ч. II), ст. 3126.

6 См., например, соответствующие законы города Санкт-Петербурга, Республики Дагестан, Республики Тыва и др. субъектов Российской Федерации.

7 Закон Амурской области от 06.09.2010 №379-ОЗ «О государственно-частном партнёрстве в Амурской области» // Амурская правда, №167, 11.09.2010.

2 Указ Президента Российской Федерации от 17.09.1994 №1928 «О частных инвестициях в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, №22, ст. 2462.

го, инфраструктурного потенциала области, путём заключения и исполнения соглашения о государственно-частном партнёрстве. Большинство этих законов признаны утратившими силу в связи с принятием Закона №224-ФЗ, однако они заслуживают внимания, поскольку в них акцент сделан на инвестиционную составляющую проектов ГЧП. В связи с этим представляется бессмысленным использование при определении понятия ГЧП отсылки к заключению соглашения о ГЧП (по сути цикличная ссылка — определение понятия через само это понятие) или через взаимодействие государства и бизнеса в целях реализации отдельных проектов, как, например, в Законе Московской области от 8 июня 2011 г. №80/2011-ОЗ «Об участии Московской области в государственно-частном партнёрстве», в соответствии с которым государственно-частное партнёрство с участием Московской области — взаимодействие Московской области в лице исполнительных органов государственной власти Московской области и хозяйствующих субъектов в целях реализации отдельных проектов, направленных на решение задач социально-экономического развития Московской области, муниципальных образований Московской области (не любое взаимодействие является ГЧП)⁸.

Описанные выше разночтения в понимании государственно-частного партнёрства, отсутствие единого подхода в теории и в законодательстве порождают различного рода проблемы, в том числе — организационного характера, связанную с отсутствием единого информационного ресурса, содержащего реестр соглашений, имеющих инвестиционную составляющую, которые могут быть отнесены к категории ГЧП. В связи с этим оценка даже самого факта наличия в тех или иных регионах таких проектов возможна лишь на основании совокупности данных, полученных из разных источников, исходя из определённого выше широкого понимания ГЧП [9, с. 170].

8 Закон Московской области от 8 июня 2011 г. №80/2011-ОЗ «Об участии Московской области в государственно-частном партнёрстве» // URL: <https://rg.ru/documents/2013/07/04/mosobl-zakon64-2013-reg-dok.html> (дата обращения: 16.05.2025).

Отличительные черты сферы здравоохранения с точки зрения реализации проектов государственно-частного партнёрства

Несмотря на то, что в литературе государственно-частное партнёрство представляется зачастую как безусловное благо [4, с. 169, 170], это утверждение не столь однозначно в текущих условиях применительно к сфере здравоохранения. Нельзя забывать, что здравоохранение представляет собой особую сферу и требует деликатного отношения и не должно порождать конфликта интересов между решением социальных задач и частным стремлением к прибыли. Необходимо всё время помнить, что в современных российских реалиях частное здравоохранение не является полноценной альтернативой государственному и может лишь дополнять последнее и помогать ему.

Ранее, до 2019 года, создание условий, необходимых для роста инвестиционной привлекательности системы здравоохранения, заявлялось как один из этапов развития здравоохранения⁹, а усиление глобальной конкурентной борьбы за привлечение стратегических инвестиций в систему здравоохранения и создание государством условий, в которых развитие здравоохранения будет привлекательно как для отечественных, так и для зарубежных инвесторов — как особенность периода социально-экономического развития до 2025 года¹⁰.

Однако анализ тех соглашений, которые были заключены в течение шести лет в ходе реализации различных проектов государственно-частного партнёрства, показал, что, во-первых, указанные проекты не повлияли на достижение показателей национального проекта «Здравоохранения» (далее — также

9 Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённая Указом Президента РФ от 6 июня 2019 г. №254 // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&firstDoc=1&lastDoc=1&nd=102559392> (дата обращения: 16.05.2025).

10 Приказ Минздрава России от 13 февраля 2013 г. №66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации» // Документ опубликован не был. Первоначальный текст документа опубликован в следующих изданиях: «Здравоохранение», №4, апрель, 2013 (извлечения); «Ваше право», №8, апрель, 2013.

НП), реализация которого осуществлялась параллельно в тот же период¹¹, а во-вторых, такая цель (способствовать достижению показателей НП и, соответственно, основных целей и задач государства) и не ставилась при принятии решения о реализации проекта государственного-частного партнёрства.

Правовое регулирование государственно-частного партнёрства в здравоохранении осуществляется сегодня положениями специального федерального закона и рядом нормативных правовых актов, принятых в соответствии с ним, не содержащих каких-либо особенностей применительно именно к здравоохранению. Однако интересно, что в соответствии с пунктом 10 части 1 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹² к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относится установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах ГЧП в сфере охраны здоровья. Приведенное полномочие содержится в тех положениях закона, которые относятся к полномочиям всех федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья, а не только Минздрава России как федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Поэтому оно должно быть отдельно закреплено за уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и представляется, что им должен быть именно орган, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

11 Паспорт национального проекта «Здравоохранение» утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. №16 // URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 16.05.2025).

12 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

Необходимо отметить, что указанная норма появилась в Законе №323-ФЗ при его формировании в 2011 году, то есть до вступления в силу Закона №224-ФЗ, и по своему смыслу предполагала издание подзаконного нормативного правового акта, устанавливающего порядок осуществления медицинской деятельности на принципах ГЧП, однако такой акт принят не был (исходя из формулировки пункта 10 части 1 статьи 14, речь идёт именно о порядке осуществления медицинской деятельности, то есть, предположительно, о правовом регулировании по аналогии с порядками оказания медицинской помощи). Были лишь разработаны Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения, которые впоследствии (после вступления в силу Закона №224-ФЗ) были признаны утратившими силу. Документ являлся общим, носил рекомендательный характер и собственно порядка осуществления медицинской деятельности не содержал¹³. Сами принципы государственно-частного партнёрства зафиксированы в статье 4 Закона №224-ФЗ и носят общий характер: открытость и доступность информации, обеспечение конкуренции; отсутствие дискриминации, равноправие сторон соглашения и равенство их перед законом; добросовестное исполнение сторонами соглашения обязательств по соглашению; справедливое распределение рисков и обязательств между сторонами соглашения; свобода заключения соглашения.

На текущий момент разработка нормативного правового акта во исполнение нормы, предусмотренной пунктом 10 части 1 статьи 14 Закона №323-ФЗ, осложняется тем, что при определении предмета правового регулирования такого акта необходимо принимать во внимание законодательство о

13 Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения (одобрены на заседании Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнёрству (протокол от 10.03.2015 №73/23/9) // URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=249190> (дата обращения: 16.05.2025).

государственно-частном партнёрстве и разработанные в соответствии с Законом №323-ФЗ порядки оказания медицинской помощи по разным профилям медицинской помощи.

Как справедливо отмечает Н. Г. Фроловский [8, с. 15], качество оказания медицинской помощи гражданам зависит от многих факторов: начиная от условий медицинского образования, способностей и желания как будущих, так и действующих врачей приобретать и постоянно совершенствовать свои знания, умения, навыки, квалификации медицинских работников и заканчивая состоянием того, что в гражданском праве именуется «имуществом системы здравоохранения»: зданий, строений, сооружений, медицинского оборудования, техники, транспортных средств, лечебного инвентаря. В этом отношении видится понятная логика: чем лучше состояние медицинской инфраструктуры, тем качественнее должны оказываться медицинские услуги и создаваться условия для реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации¹⁴) и защиты здоровья как неотчуждаемого, принадлежащего гражданину в силу закона нематериального блага (ст. 150 Гражданского кодекса Российской Федерации¹⁵).

Понятие инфраструктуры или общественной инфраструктуры было неоднократно исследовано и определено в работах разных учёных (например, Э. С. Маркварта, С. Б. Сиваева и других). Представляется необходимым обратить внимание на особенности инфраструктуры именно в сфере здравоохранения, поскольку объекты здравоохранения обладают существенными отличиями от

инженерной инфраструктуры, которая чаще всего рассматривается исследователями при изучении института государственно-частного партнёрства.

Рассматривая общественную инфраструктуру как конечный объект, на который направлен институт государственно-частного партнёрства, С. Б. Сиваев и Э. С. Маркварт отмечают, что экономические признаки определяют то, что по своим экономическим результатам инвестиции в инфраструктуру не всегда являются привлекательными для частного капитала, что в рыночной экономике может стать существенным «тормозом» в развитии экономики в целом, если функции по развитию инфраструктуры не будут выполняться государством. В отношении многих инфраструктурных секторов указывается на высокую капиталоемкость (в первую очередь — транспортной, энергетической и коммунальной инфраструктуры, которую часто называют инженерной инфраструктурой), что определяет естественно монопольный характер деятельности такой инфраструктуры из-за высоких порогов входа.

Соответственно, выделяются следующие экономические признаки инфраструктуры [7, с. 21]:

- а) высокая капиталоемкость — требуются крупные первоначальные капиталовложения, т.е. значительные единовременные инвестиции, при этом возврат инвестиций практически всегда является долгосрочным, а в ряде случаев — просто проблематичным;
- б) большие сроки окупаемости, доходность инвестиций в инфраструктурные сооружения вследствие длительного оборота капитала и высокой капиталоемкости часто носит неопределённый характер;
- в) низкая ликвидность инфраструктурных активов ввиду высокой иммобильности;
- г) возможность общественной экономии;
- д) неопределённый или дискретный характер распределения эффекта.

По данным Росстата, в среднем степень износа фондов некоммерческих организаций в области здравоохранения (основных фондов, зданий, сооружений, машин и оборудо-

¹⁴ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с учётом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30 декабря 2008 года № 6-ФКЗ, от 30 декабря 2008 года № 7-ФКЗ, от 5 февраля 2014 года № 2-ФКЗ, от 21 июля 2014 года № 11-ФКЗ, от 14 марта 2020 года № 1-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 5-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 6-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 7-ФКЗ, от 4 октября 2022 года № 8-ФКЗ) // URL: <http://pravo.gov.ru/constitution/> (дата обращения: 12.04.2025).

¹⁵ Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть I // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102033239> (дата обращения: 12.04.2025).

дования, транспортных средств) составляет 46,4% [8]. В сравнении со степенью износа основных фондов учреждений здравоохранения за период с 2017 по 2023 г. (она составила по годам, соответственно, 53,9, 54,7, 55,3, 52,4, 51,7, 50,8, 49,7%) становится понятно, что за последние несколько лет имущественный базис некоммерческой системы здравоохранения улучшился¹⁶. Представляется, что эта тенденция должна сохраниться. По мнению Н. Г. Фроловского [8], этому способствует в том числе использование правовых механизмов государственно-частного партнёрства — договорных и институциональных способов взаимодействия публично-правовых образований и частных инвесторов по вопросам повышения качества товаров, работ, услуг, организация обеспечения которыми потребителей находится в зоне ответственности публичных органов власти.

Представляется, однако, что улучшение состояния имущественной базы медицинских организаций государственной (муниципальной) системы здравоохранения связано в первую очередь с тем, что в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение», а также в рамках реализации программы модернизации первичного звена здравоохранения на протяжении последних нескольких лет выделялось колоссальное целевое финансирование на оснащение медицинских организаций медицинским оборудованием, приобретение фельдшерско-акушерских пунктов, софинансирование (в том числе в полном объёме) строительства зданий для размещения в них медицинских организаций и так далее. С учётом объёма выделяемого финансирования снижение процента износа менее чем на 10 пунктов за указанный период уже не представляется значительным.

Ранее, до 2019 года, создание условий, необходимых для роста инвестиционной привлекательности системы здравоохранения, заявлялось как один из этапов развития здравоохранения,¹⁷ а усиление глобальной

конкурентной борьбы за привлечение стратегических инвестиций в систему здравоохранения и создание государством условий, в которых развитие здравоохранения будет привлекательно как для отечественных, так и для зарубежных инвесторов — как особенность периода социально-экономического развития до 2025 года¹⁸.

Согласно Паспорту национального проекта «Здравоохранение», утверждённого президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 №16), в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», направленный на создание и развитие на территории Российской Федерации механизмов и условий, обеспечивающих рост экспорта медицинских технологий, и тем самым создание дополнительных источников финансирования системы здравоохранения Российской Федерации, в результате реализации которого предполагается усиление позитивного имиджа российского здравоохранения на международном рынке, и привлечение дополнительных инвестиций в российское здравоохранение¹⁹.

Также заключение соглашений о государственно-частном партнёрстве, инвестиционных соглашений и договоров аренды недвижимого имущества, предусматривающих капитальные затраты инвестора по ремонту и оснащению медицинским оборудованием объектов инфраструктуры здравоохранения заявлено как цель деятельности Минздрава России на период с 2019 по 2024 годы (см. пункт 94 Плана деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на период 2019-2024 год, утверждённый Минздравом России 28.01.2019)²⁰.

18 Приказ Минздрава России от 13.02.2013 №66.

19 Паспорт национального проекта «Здравоохранение» // URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 12.04.2025).

20 План деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации с 2019 по 2024 годы // URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/plan-deyatelnosti-ministerstva-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii-s-2019-po-2024-gody> (дата обращения: 12.04.2025).

16 Здравоохранение в России. 2023: Стат.сб. / Росстат. М., 2023. 179 с.

17 Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённая Указом Президента РФ от 6 июня 2019 г. №254.

Советом Федерации Федерального Собрания Российской Федерации в подпункте 4 пункта 3 постановления от 29 октября 2014 г. №400-СФ «О приоритетах Правительства Российской Федерации в социальной сфере на среднесрочную перспективу» Правительству Российской Федерации было рекомендовано рассмотреть вопрос о разработке и принятии нормативных правовых актов, предусматривающих в том числе регулирование применения в сфере здравоохранения и социального обслуживания механизмов ГЧП, обеспечивающего привлечение инвестиций для развития медицинских организаций и организаций социального обслуживания²¹.

Привлечение инвестиций в здравоохранение оценивается при определении Министерством экономического развития Российской Федерации рейтинга субъектов Российской Федерации по итогам реализации механизмов поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций и социального предпринимательства, обеспечения доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в социальной сфере и внедрения конкурентных способов оказания государственных (муниципальных) услуг.

Непосредственно в Министерстве здравоохранения Российской Федерации дважды утверждался комплекс мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнёрства в здравоохранении — на 2015-2016 годы²² и на 2019-2020 годы²³. Позднее правовой акт об утверждении комплекса таких мер не принимался.

21 Постановление СФ ФС РФ от 29.10.2014 №499-СФ «О приоритетах Правительства Российской Федерации в социальной сфере на среднесрочную перспективу» // Собрание законодательства РФ. 10.11.2014. №45, ст. 6203.

22 Приказ Минздрава России от 04.02.2015 №37 «Об утверждении комплекса мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнёрства в здравоохранении, на 2015-2016 годы» // URL: <https://base.garant.ru/70870366/> (дата обращения: 12.04.2025).

23 Приказ Минздрава России от 18.04.2019 №228 «Об утверждении комплекса мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнёрства в здравоохранении, на 2019-2020 годы» // URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2019/04/23/11388-minzdrav-rossii-utverdil-kompleks-mer-po-razvitiyu-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva> (дата обращения: 12.04.2025).

До 2016 года также применялись одобренные на заседании Координационного совета Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнёрству (протокол от 10 марта 2015 года №73/23/9) методические рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения²⁴, которые утратили силу в связи со вступлением в силу Закона №224-ФЗ. Сам Координационный совет продолжает осуществлять деятельность на основании приказа Минздрава России от 9 января 2014 г. №6 «О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнёрству»²⁵.

Этими правовыми актами регулирование вопросов привлечения инвестиций при реализации проектов государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения исчерпывается.

Законом №323-ФЗ предусмотрены требования к доступности и качеству медицинской помощи. В развитие его пункта 6 статьи 10, согласно которому доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются в том числе установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения, издан приказ Минздрава России от 27.02.2016 №132н «О Требованиях к

24 Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения (одобрены на заседании Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнёрству (протокол от 10.03.2015 №73/23/9) // URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=249190> (дата обращения: 16.05.2025).

25 Приказ Минздрава России от 09.01.2014 №6 «О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнёрству» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70460142/> (дата обращения: 16.05.2025).

размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения»²⁶. Представляется возможным предположить, что создание и последующая деятельность медицинских центров в рамках реализации проектов государственно-частного партнёрства также должны осуществляться с соблюдением таких требований в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению. Между тем, на публичного партнёра в настоящее время законом не возлагается обязанность обеспечить соблюдение указанных выше требований, при этом положения ни Закона №115-ФЗ, ни Закона №224-ФЗ не содержат каких-либо специальных норм относительно процедуры согласования региональными публично-правовыми образованиями решения о реализации проектов государственно-частного партнёрства с федеральными органами исполнительной власти. Здесь же стоит отметить, что на сегодняшний день отсутствуют нормативно установленные критерии для эффективности проекта государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения, а также требования к соотношению объёмов инвестиций частного и публичного партнёра и предельному размеру средств, подлежащих выплате инвестору публичным партнёром в виде возмещения расходов инвестора. Это позволяет говорить о том, что установление процедуры согласования условий планируемых к заключению соглашений в федеральном органе исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, в качестве своего рода отбора проектов, позволяющих обеспечить принцип доступности и качества медицинской помощи, предусмотренный

26 Приказ Минздрава России от 27.02.2016 №132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201603250001> (дата обращения: 16.05.2025).

Законом №323-ФЗ, было бы целесообразно.

Кроме того, при оценке эффективности проектов государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения, представляется некорректным исходить из общих для всех сфер правил²⁷, поскольку методика, на основании которой производятся и оценка эффективности проекта, и определение его сравнительного преимущества²⁸, позволяет при определении сравнительного преимущества проекта сравнение производить сравнение лишь с чистым дисконтированным расходом и объёмом обязательств публичного партнёра в случае заключения публичным партнёром государственного контракта, муниципального контракта и его реализации. Между тем такой подход не учитывает, что при реализации масштабных проектов, когда вновь создаваемые медицинские центры фактически заменяют существующие в регионе государственные медицинские организации, последние должны параллельно финансироваться из бюджетных средств до момента начала функционирования нового объекта, в том числе должно осуществляться поддержание в надлежащем состоянии имущественной базы учреждения.

Наряду с этим подобные проекты предполагают зачастую передачу значительного объёма оказываемой населению региона медицинской помощи частному партнёру, что с учётом особенностей финансирования медицинских организаций, осуществляющих

27 Постановление Правительства РФ от 30.12.2015 №1514 «О порядке проведения уполномоченным органом оценки эффективности проекта государственно-частного партнёрства, проекта муниципально-частного партнёрства и определения их сравнительного преимущества» (вместе с «Правилами проведения уполномоченным органом оценки эффективности проекта государственно-частного партнёрства, проекта муниципально-частного партнёрства и определения их сравнительного преимущества») // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201601040048> (дата обращения: 16.05.2025).

28 Приказ Минэкономразвития России от 30.11.2015 №894 «Об утверждении Методики оценки эффективности проекта государственно-частного партнёрства, проекта муниципально-частного партнёрства и определения их сравнительного преимущества» // URL: https://economy.gov.ru/material/dokumenty/prikaz_minekonomrazvitiya_rossii_894_ot_30_noyabrya_2015_.html (дата обращения: 16.05.2025).

деятельность в системе обязательного медицинского страхования, представляется неоднозначным. Возникающие в ходе реализации проектов государственно-частного партнёрства отношения, вытекающие из соответствующих соглашений, большей частью опосредуются нормами частного права и с учётом диспозитивности дают возможность урегулировать в соглашении многие вопросы по собственному усмотрению, тогда как отношения, связанные с участием частного партнёра в системе обязательного медицинского страхования носят публично-правовой характер, урегулированы государством жестко и предоставляют минимальную возможность выбора участникам отношений, в связи с чем не могут быть изменены нормами соглашений, заключаемых сторонами при реализации проектов государственно-частного партнёрства. Указанная ситуация закономерно влечёт риски неисполнения подобных соглашений риски оспаривания отдельных условий или соглашений в целом в судебном порядке и, как следствие, негативно влияет на их реализацию.

Очевидно также, что частному партнёру не выгодно оказывать более дешёвые медицинские услуги, при этом государству интересно не просто оказание каких-то услуг, но в первую очередь требуется оказание населению качественной медицинской помощи. Указанная ситуация ставит публичного партнёра в заведомо зависимое положение, поскольку с учётом социального характера российского государства спецификой здравоохранения является то, что государство, приняв на себя обязательство обеспечить

оказание медицинской помощи населению, фактически (с определённой долей условности, конечно) выступает одновременно и заказчиком, и исполнителем.

Нередкими являются ситуации, когда частный партнёрполучает право осуществлять с использованием созданных по сути за государственные деньги объектов иную деятельность (не только предусмотренную сторонами в части обязательных услуг населению), при этом полученная прибыль не распределяется между сторонами, а остаётся только частному партнёру. В совокупности подобные условия представляются крайне невыгодными и влекущими существенные для бюджетов субъектов Российской Федерации не обоснованные дополнительные расходы, предельный размер которых в ряде соглашений даже невозможно определить за счёт всевозможных так называемых особых обстоятельств. Однако существующая методика оценки таких обстоятельств производить не позволяет.

Заключение

Представляется, что с учётом обозначенной специфики сферы здравоохранения реализация проектов на невыгодных для публичной стороны условиях (с учётом реальной стоимости реализации проекта и расходов публичной стороны) в ситуации, когда частный партнёр вполне обоснованно ориентирован на получение прибыли, является той проблемой, которая при регулировании вопроса о развитии государственно-частного партнёрства в здравоохранении требует решения одной из первых.

Список литературы:

1. Антонова К. А. Государственно-частное партнерство как фактор социально-экономического развития России: дисс. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Антонова Кира Александровна; [Место защиты: Финансовый ун-т при Правительстве РФ]. Москва, 2012. 213 с.
2. Евсеева М. В. Государственно-частное партнерство: учебное пособие для вузов / И. Н. Ткаченко [и др.]; под ред. И. Н. Ткаченко. Москва: Издательство Юрайт, 2023. 188 с.
3. Канева М. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития в Новосибирской области // Региональная экономика: теория и практика. 2016. №1 (424). С. 169–181.

4. Курдюкова О. С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении России на современном этапе // Государственная власть и местное самоуправление. 2022. №8. С. 19–20. DOI: 10.18572/1813-1247-2022-8-19-20
5. Лосев В. В. Понятие государственно-частного партнерства и отграничение его от смежных явлений // Юрист. 2016. №13. С. 14–18.
6. Питанов В. А. Государственно-частное партнерство в управлении развитием экономики региона: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 // Питанов Валерий Александрович; [Место защиты: Оренбургский государственный университет]. Оренбург, 2015. 29 с.
7. Сиваев С. Б., Маркварт Э. С. Государственно- и муниципально-частное партнерство в России и за рубежом: учебное пособие. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2018. С. 42–43.
8. Фроловский Н. Г. Учреждение здравоохранения как «третье лицо» в обязательствах государственно-частного партнерства: особенности правового положения // Медицинское право. 2023. №3. С. 15–18.
9. Чулакова О. Ю. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: особенности правового регулирования // Юридическая наука. №3, 2025. С. 310–317.
10. Чулакова О. Ю. О некоторых организационных и правовых проблемах регулирования государственно-частного партнерства в российской федерации в сфере здравоохранения // Актуальные вопросы современной науки: сборник статей XI Международной научно-практической конференции, состоявшейся 15 февраля 2024 г. в г. Пенза. Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». 2024. С. 169–174.

Об авторе:

Чулакова Ольга Юрьевна — заместитель директора Правового департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации, соискатель учёной степени кандидата юридических наук кафедры гражданского права Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА), Москва, olyarik@mail.ru

Olga Yurievna Chulakova — Deputy Director of the Legal Department of the Ministry of Health of the Russian Federation, Candidate of Law Candidate of the Department of Civil Law of the O.E. Kutafin University (MGUA)

© Чулакова О. Ю., 2025

Для цитирования:

Чулакова О. Ю. Об особенностях правового регулирования реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 75–86.

For citation:

Chulakova O. Yu. The specifics of the legal regulation of the implementation of public-private partnership projects in the field of healthcare // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 75–86.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.04.2025 г.

Шкитин С. О., Березников А. В., Ефимов М. Д., Сбоев А. Ю.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Авторами научно обоснован подход к оценке влияния различных вариантов оказания лекарственной помощи на различные варианты исходов инфаркта мозга. Такой подход применим при решении экспертных и клинико-правовых вопросов оценки наиболее вероятных прогнозов для жизни пациента, перенёсшего инфаркт головного мозга, в 6-месячной перспективе.

В ходе исследования был произведён анализ случаев с неблагоприятным и благоприятным исходами инфаркта мозга. Значимость каждого из лечебных мероприятий острого периода инфаркта мозга, предусмотренного клиническими рекомендациями Минздрава России «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака», действующими в период оказания специализированной помощи, с выявлением различия между ними, определялась путём статистического расчёта показателя их информативности.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, клинические рекомендации, статистический анализ, инфаркт головного мозга

Sergei Shkitin, Alexey Bereznikov, Maxim Efimov, Anton Sboev

EXPERT ASSESSMENT OF THE QUALITY OF DRUG CARE IN CEREBRAL INFARCTION

The authors have scientifically substantiated an approach to assessing the impact of various drug treatment options on various outcomes of cerebral infarction. This approach is applicable in solving expert and clinical-legal issues of assessing the most likely prognoses for the life of a patient who has suffered a cerebral infarction in the 6-month perspective.

The study analyzed cases with unfavorable and favorable outcomes of cerebral infarction. The significance of each of the therapeutic measures for the acute period of cerebral infarction, provided for by the clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation «Ischemic stroke and transient ischemic attack», effective during the provision of specialized care, with the identification of differences between them, was determined by statistical calculation of their informative value.

Keywords: examination of the quality of medical care, clinical recommendations, statistical analysis, cerebral infarction

Введение

Экспертиза качества медицинской помощи является не только одним из инструментов выявления и квалификации дефектов, но и материалом для превентивных оценок наиболее вероятных последствий оказания медицинской помощи. Экспертный метод может использоваться для сравнения эффективности различных технологий лечения пациентов при проведении ретроспективного анализа, охватывающего периоды, на которые можно распространить экспертную оценку медицинской помощи [1].

На исходы инфаркта головного мозга лечебные мероприятия оказывают непосредственное влияние как в острый, так и в восстановительный период [2]. При этом несмотря на формальную равнозначность требований клинических рекомендаций в отношении методов лечения, их реальная значимость для здоровья пациента может значительно отличаться.

Цель исследования состоит в установлении взаимосвязи между различными вариантами лечения пациентов с инфарктом

мозга и достижением запланированного результата лечения в 6-месячный период (по результатам экспертиз качества медицинской помощи).

Материалы и методы

В исследование включены случаи оказания неврологической помощи в 2022-2024 годах, которые попарно разделены по следующим признакам:

1. благоприятный — неблагоприятный (смерть, нарушение жизнедеятельности на уровне 3 баллов по шкале Рэнкин и более, повторный инфаркт мозга) исходы по истечении 6 месяцев оказания медицинской помощи по поводу ишемического инсульта;
2. внутривенная тромболитическая терапия выполнена / необоснованно не выполнена;
3. для тромболитической терапии по показаниям использована алтеплаза / рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы;
4. ацетилсалициловая кислота назначена / необоснованно не назначена;
5. прямые антикоагулянты гепариновой группы назначены / необоснованно не назначены;
6. ноотроп (глицин или церебролизин, или холина альфосцерат) назначен / необоснованно не назначен.

Во всех парах статистическая значимость между поло-возрастными характеристиками пациентов, средней давности развития клинической картины и тяжести инфаркта мозга (по шкале NIHSS) отсутствовала.

Из исследования исключены случаи оказания медицинской помощи пациентам:

1. возрастом менее 18, а также более 65 лет;
2. без показаний к тромболитису, ацетилсалициловой кислоте, прямым антикоагулянтам гепариновой группы, ноотропам;
3. с тяжёлой артериальной гипертензией или гипотонией при поступлении;
4. менее 4 и более 22 баллов по NIHSS;
5. с давностью инфаркта мозга более 4 часов с момента поступления в стационар.

Эксперты качества медицинской помощи в целях выявления особенностей лекарствен-

ной терапии инфаркта мозга изучали медицинскую документацию, предоставляемую страховой медицинской организации, как по случаю оказания медицинской помощи в остром периоде инфаркта мозга, так и по всем последующим случаям в периоде до 6 месяцев со дня установления такого диагноза (для оценки исходов).

Результаты собственного исследования. Исследование проведено по 2913 случаям с неблагоприятным и 2913 случаям с благоприятным исходом инфаркта мозга (итого в исследование включено 5826 случаев). Значимость каждого из лечебных мероприятий острого периода инфаркта мозга, предусмотренного клиническими рекомендациями Минздрава России «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака», действующих в период проведения экспертиз (с соблюдением соответствующего дозо-интервального режима) [3], определялась путём расчёта показателя их информативности по формуле С. Кульбака (см. табл. 1).

Все лечебные мероприятия, кроме применения ноотропов, в разной степени показали статистическую значимость во влиянии на формирование благоприятного исхода в перспективе 6 месяцев. Наибольшую значимость в формировании исхода имела тромболитическая терапия с применением алтеплазы.

Влияние лекарственной терапии на функциональное восстановление жизнедеятельности оценивалось в соответствии со шкалой Рэнкин. В этом случае под неблагоприятным исходом авторы исследования понимали умеренное, тяжёлое и грубое нарушение жизнедеятельности. Под благоприятным исходом подразумевалось отсутствие существенных нарушений или лёгкое нарушение жизнедеятельности (см. табл. 2).

Из 5826 случаев оказания медицинской помощи настоящего исследования тромболитическая терапия проводилась в 5215 случаях (89,5%).

Как следует из данных, представленных в таблице 2, назначение рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы, в большей степени ассоциируется с неблагоприятными исходами,

Таблица 1.

**Значимость лекарственной помощи в формировании
благоприятного исхода ишемического инсульта**

<i>Лечебное мероприятие</i>	<i>Информативность</i>	<i>Статистическая значимость</i>
1. Выполнена внутривенная тромболитическая терапия, с применением препарата:	—	—
1.1. алтеплаза	0,37	< 0,05
1.2. рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы	0,12	< 0,05
2. Назначена ацетилсалициловая кислота	0,09	< 0,05
3. Назначены прямые антикоагулянты гепариновой группы	0,11	< 0,05
4. Назначен лекарственный препарат группы ноотропов	0,01	> 0,05

Таблица 2.

Исходы инфаркта мозга в зависимости от примененного тромболитического препарата

<i>Лекарственный препарат для проведения тромболитической терапии</i>	<i>Количество случаев оказания неврологической помощи</i>									
	<i>Всего</i>		<i>0 - 2 балла по шкале Рэнкин</i>		<i>Неблагоприятные исходы</i>					
					<i>3 балла по шкале Рэнкин</i>		<i>4 и более баллов по шкале Рэнкин</i>		<i>Летальный исход</i>	
	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>
Алтеплаза	2 445	100	1 287	52,6	584	23,9	369	15,1	205	8,4
Рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы	2 770	100	1 155	41,7	745	26,9	564	20,4	306	11,1
Всего случаев с проведением тромболитической терапии	5 215		2 442		1 329		933		511	

чем назначение алтеплазы. Чаще встречаются такие неблагоприятные исходы, как:

1. нарушение жизнедеятельности на уровне:
 - 1.1. 3 баллов по шкале Рэнкин — в 1,13 раза чаще ($p < 0,05$);

1.2. 4 и более баллов по шкале Рэнкин — в 1,35 раза чаще ($p < 0,05$);

2. летальный исход — в 1,32 раза чаще ($p < 0,05$).

В пересчёте на тысячу пролеченных пациентов, применение алтеплазы при инфаркте

мозга позволило дополнительно сохранить 27 жизней по сравнению с применением рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы.

Для установления числовых ориентиров связи всей лекарственной терапии инфаркта мозга с благоприятными исходами авторы использовали расчёт показателя накоплен-

ной (суммарной) информативности применённых лечебных мероприятий по случаю оказания неврологической помощи. Для установления числовых интервалов — ориентиров установления взаимосвязи методов лечения с благоприятным исходом, нами был использован статистический метод бинарной логической регрессии (см. табл. 3).

Таблица 3.

**Прогнозирование благоприятного исхода в 6-месячной перспективе
в зависимости от показателя накопленной информативности
лечебных мероприятий при инфаркте мозга**

Интервал вероятности благоприятного исхода	Значение показателя накопленной информативности
30% и менее (наиболее вероятен неблагоприятный исход)	менее 0,11
от 31% до 40%	0,11 – 0,31
от 41% до 50%	0,32 – 0,52
более 50% (наиболее вероятен благоприятный исход)	более 0,52

При определении показателя накопленной информативности сложение показателей информативности двух тромболитических препаратов не предусмотрено.

Практическая проверка такого метода прогнозирования неблагоприятных исходов показала совпадение фактического исхода с прогнозируемым в 96 случаев из 100. По остальным 4-м случаям выявлен летальный исход по причинам, не связанным с непосредственными осложнениями инфаркта мозга (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда).

Обсуждение

Экспертная оценка степени влияния совокупности лечебных мероприятий острого периода инфаркта мозга у конкретного пациента на исход заболевания в 6-месячный период (в рамках проведения экспертиз качества медицинской помощи) основана на оценке полноты выполнения лекарственной терапии согласно клиническим рекомендациям Минздрава России «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» с последующим соотнесением каждого из проведённых лечеб-

ных мероприятий с соответствующими показателями информативности таблицы 1.

Сложение показателей информативности всех проведенных лечебных мероприятий позволит установить интервал вероятности благоприятного исхода в соответствии с таблицей 3.

Например, одновременное применение ацетилсалициловой кислоты, прямых антикоагулянтов гепариновой группы, ноотропов и алтеплазы имеет накопленную (суммарную) информативность 0,58, что ассоциировано с благоприятными исходами в 6-месячной перспективе более, чем в 50% случаев.

Применение же вместо алтеплазы рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы, по прогнозируемому расчёту приведёт к неблагоприятным последствиям в 41–50% случаев (накопленная информативность 0,33).

Применение указанного методического подхода в рамках экспертной деятельности позволит дополнить субъективное мнение эксперта при оценке качества медицинской помощи, прогнозировании наиболее вероятных исходов инфаркта мозга.

Заключение

В рамках представленного в статье методического подхода определена взаимосвязь между способом осуществления лечебных мероприятий и частотой формирования неблагоприятных исходов инфаркта мозга. Полученные результаты продемонстрировали то, что наибольшее прогностическое значение для благоприятного исхода в 6-месячной перспективе имело назначение тромболитической терапии. При этом существенная разница между частотой летальных исходов, а также умеренного, выраженного и тяжёлого нарушения жизнедеятельности определялась выбором тромболитического препарата.

В рамках исследования продемонстрировано, что применение алтеплазы при инфаркте мозга позволяет дополнительно сохранить 27 жизней на 1000 пациентов по сравнению с применением рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы.

Полученные нами результаты подтверждают высокую значимость использования статистических методов при проведении экспертного анализа клинических материалов. Накопление и систематизация такого рода данных позволяет объективизировать как экспертную, так и клиническую деятельность.

Список литературы:

1. Шкитин С. О., Березников А. В., Шкитин В. А. и др. Экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. №3. С. 17-23.
2. Alper B. S., Foster G., Thabane L. et al. Thrombolysis with alteplase 3-4.5 hours after acute ischaemic stroke: trial reanalysis adjusted for baseline imbalances. BMJ Evid Based Med. 2020; 25 (5): 168-171.
3. Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (одобренны Минздравом России в 2021 г., действовали до 31.12.2024 г.) // URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/archive> (дата обращения: 5.01.2025).

Об авторах:

Шкитин Сергей Олегович — доцент кафедры диетологии ФГБОУ ВО «Росбиотех», заместитель руководителя дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных граждан ООО «АльфаСтрахование-ОМС», кандидат медицинских наук, Москва, ishkitin@gmail.com

Березников Алексей Васильевич — заведующий кафедрой диетологии ФГБОУ ВО «Росбиотех», медицинский директор, руководитель дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных ООО «АльфаСтрахование-ОМС», доктор медицинских наук, доцент, Москва, avbereznikov@mail.ru

Ефимов Максим Дмитриевич — преподаватель кафедры диетологии ФГБОУ ВО «Росбиотех», руководитель центра обучения ООО «АльфаСтрахование-ОМС», Москва, dr.efimow@gmail.com

Сбоев Антон Юрьевич — заведующий ангионеврологическим кабинетом многопрофильного центра современной медицины «Евромед», кандидат медицинских наук, Омск, sboev_anton@mail.ru

Shkitin Sergey Olegovich — Russian Biotechnological University, Deputy Head of the Directorate of Medical Expertise and Protection of the Rights of Insured Citizens LLC AlfaStrakhovanie, Candidate of Medical Sciences, Moscow

Bereznikov Alexey Vasilyevich — Head of the Department of Dietetics Russian Biotechnological University, Medical Director, Head of the Directorate of Medical Expertise and Protection of the Rights of Insured Persons LLC AlfaStrakhovanie, Doctor of Medical Sciences, Moscow

Efimov Maxim Dmitrievich — Lecturer of the Department of Dietetics Russian Biotechnological University, Head of the Training Center LLC AlfaStrakhovanie, Moscow

Sboev Anton Yurievich — Head of the Angioedema Department at the Multidisciplinary Center for Modern Medicine «Euromed», Candidate of Medical Sciences, Omsk

© Шкитин С. О., Березников А. В., Ефимов М. Д., Сбоев А. Ю., 2025

Для цитирования:

Шкитин С. О., Березников А. В., Ефимов М. Д., Сбоев А. Ю. Экспертная оценка качества лекарственной помощи при инфаркте головного мозга // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 87-92.

For citation:

Shkitin S. O., Bereznikov A. V., Efimov M. D., Sboev A. Yu. Expert assessment of the quality of drug care in cerebral infarction // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 87-92.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 11.01.2025 г.

Шкитин С. О., Березников А. В.

КОНТРОЛЬНЫЕ ЛИСТЫ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Внедрение контрольных листов в практику проведения экспертиз качества медицинской помощи необходимо для создания универсального и объективного подхода, основанного на проверке исполнения установленных законом требований к оказанию медицинской помощи. Публичность таких форм обеспечит структурность, преемственность и предсказуемость экспертного контроля. Это важно для выявления причин нарушений и отслеживания их устранения во исполнение законных прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь по ОМС. Контрольные листы по заболеваниям и состояниям планируется внедрить в экспертную практику в течение 2025 года.

Ключевые слова: экспертиза качества, медицинская помощь, контрольный лист

Sergei Shkitin, Alexey Bereznikov

CHECKLISTS FOR EXAMINING THE QUALITY OF MEDICAL CARE

The introduction of checklists into the practice of conducting quality examinations of medical care is necessary to create a universal and objective approach based on verification of compliance with legal requirements for the provision of medical care. The publicity of such forms will ensure the structurality, continuity and predictability of expert control. This is important to identify the causes of violations and monitor their elimination in order to fulfill the legitimate rights of citizens to affordable and high-quality medical care under compulsory medical insurance. Checklists on diseases and conditions are planned to be introduced into expert practice during 2025.

Keywords: quality assessment, medical care, checklist

Введение

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) создает условия для обеспечения доступности и качества медицинской помощи застрахованным гражданам. Неотъемлемой частью управления качеством является своевременность выявления и устранения наиболее значимых и повторяющихся нарушений.

Для поиска нарушений и установления их причин проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, важнейшей частью которого является экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП).

Эксперту качества необходимо оценить исполнение всего перечня показанных профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий и их влияние на исход. Решение такой экспертной задачи требует объективной методики про-

ведения экспертиз на основе тех же требований, которые предъявляются к оказанию медицинской помощи [1].

Типизация формулировок нарушений позволит стандартизировать экспертные подходы, создаст инструмент учета в отношении каждого номинального нарушения — обоснованного отклонения медицинской помощи от установленных законом требований — прежде всего, клинических рекомендаций Минздрава России, а также критериев оценки качества и порядков оказания медицинской помощи¹ [2].

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (Зарегистрирован 13.05.2021 № 63410) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202105140041> (дата обращения: 19.06.2025).

Материалы и методы

Благодаря поручению заместителя председателя Правительства РФ Т. А. Голиковой предложен и широко обсуждается новый методический подход к проведению экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП). Он подразумевает формирование контрольного листа (чек-листа) по случаю оказания медицинской помощи как составной части экспертного заключения. К основным разделам экспертных оценок (предмету ЭКМП) относятся:

1. фактические сроки и объемы проведения диагностических мероприятий, правильность выбора и своевременность проведения диагностических мероприятий, в том числе оценка связи с ошибками при установлении диагноза;
2. фактические сроки и объемы проведения профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий, правильность выбора и своевременность проведения профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий;
3. преемственность медицинской помощи;
4. иные нарушения;
5. степень достижения запланированного результата.

Результаты собственного исследования

В таблице представлена типовая форма контрольного листа (чек-листа) и пример его заполнения (для медицинской помощи детям с бронхолегочной дисплазией). Экспертная оценка необходимых пациенту мероприятий проводится в отношении перечня параметров, который включает в себя тезис-рекомендации действующих клинических рекомендаций, одобренных Минздравом России, а также нормы порядков оказания медицинской помощи, на основе которых формируются критерии оценки качества. Формулировки потенциальных нарушений предварительно уже внесены в шаблоны контрольных листов, то есть эксперту качества предстоит найти необходимый параметр экспертной оценки из предложенного списка.

Эксперт переносит из контрольных листов в экспертное заключение поля строк, которые отражают допущенные медицин-

ской организацией нарушения, состоящие в необоснованном невыполнении, несвоевременном, ненадлежащем выполнении (коды дефектов раздела 3.2), а также необоснованном выполнении (код дефекта 3.3) параметров экспертной оценки, с отметкой в нужной графе цифры «1». При необходимости пояснений в отношении выявленного нарушения заполняется поле «Комментарий».

На следующем этапе экспертизы необходимо указать на взаимосвязь выявленных нарушений с неблагоприятным исходом или риском его формирования и раскрыть, через какое патогенетическое звено он может реализоваться. Для этого предусмотрен соответствующий раздел.

В случае выявления нарушений, следующих из клинических рекомендаций по осложнению основного или сопутствующему заболеваниям эксперт указывает их в разделах иных нарушений.

Оценка степени достижения запланированного результата медицинской помощи проводится путем соотнесения прогноза для жизни в начале ее оказания с исходом. С этой позиции эксперту важно учитывать, что качество медицинской помощи является лишь одним из факторов, определяющих исход, наряду с изначальным состоянием организма больного и степенью тяжести основного заболевания. Неблагоприятный исход не всегда является следствием нарушений качества медицинской помощи.

С одной стороны, размещение на официальном сайте Федерального фонда спроектированных форм контрольных листов (чек-листов) по заболеваниям и состояниям позволит распространить практику применения такого подхода на всех экспертов качества без необходимости их дополнительного обращения к информационно-правовым системам.

С другой стороны, с учетом соответствия форм контрольных листов требованиям федерального законодательства, предъявляемым к медицинской помощи, контрольные листы впоследствии могут использоваться в качестве инструмента проверок и за рамками контроля в системе ОМС.

Типовая форма контрольного листа (чек-листа) (формулировки примера приведены для клинических рекомендаций «Бронхолегочная дисплазия», одобренных Минздравом России в 2024 году (далее — КР))

1. Экспертная оценка фактических сроков и объемов проведения диагностических мероприятий, правильности выбора и своевременности проведения диагностических мероприятий, в том числе связанных с обоснованным установлением диагноза								
№ п/п	Перечень параметров экспертной оценки, в том числе комплексов мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг	Ссылка на применимый порядок оказания медицинской помощи, иной нормативный правовой акт, клинические рекомендации	Целевой показатель параметра экспертной оценки, условие для применения параметра экспертной оценки	Перечень нарушений (отмечается специалистом-экспертом / экспертом качества медицинской помощи), в том числе:				Комментарий (заполняется специалистом / экспертом качества медицинской помощи (при необходимости))
				необоснованное невыполнение	несвоевременное выполнение	ненадлежащее выполнение	необоснованное выполнение	
1.5	Исследование кислотно-основного состояния и газов крови	п. 2.3 КР	При проведении респираторной терапии		I			Исследование выполнено только на 3-й день нахождения ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии
...								
Экспертная оценка взаимосвязи выявленных нарушений при проведении диагностических мероприятий с исходом заболевания; выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи								
Указание на взаимосвязь выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования			Создание риска неблагоприятного исхода					
Комментарий и обоснование взаимосвязи выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования			Нарушение создало риск несвоевременной диагностики нарушений кислотно-основного состояния у ребенка в тяжелом состоянии и клиническими признаками дыхательной недостаточности (при оказании медицинской помощи в палате интенсивной терапии). Нарушение препятствует оценке адекватности проводимой респираторной терапии.					
Выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи			Код дефекта 3.2.1, код дефекта 3.2.2					

2. Экспертная оценка фактических сроков и объемов проведения профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий, правильности выбора и своевременности проведения профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий								
№ п/п	Перечень параметров экспертной оценки, в том числе комплексов мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг	Ссылка на применимый порядок оказания медицинской помощи, иной нормативный правовой акт, клинические рекомендации	Целевой показатель параметра экспертной оценки, условие для применения параметра экспертной оценки	Перечень нарушений (отмечается специалистом-экспертом / экспертом качества медицинской помощи), в том числе:				Комментарий (заполняется специалистом-экспертом / экспертом качества медицинской помощи (при необходимости))
				необоснованное невыполнение	несвоевременное выполнение	ненадлежащее выполнение	необоснованное выполнение	
2.7	Профилактика респираторно-синциальной вирусной инфекции, пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции, гриппа	п. 5.2 КР	На первом году жизни и, в случаях, если требовалось лечение по поводу БАД в течение последних 6 месяцев - на втором году жизни	I				Отсутствие проведения пассивной иммунизации против респираторно-синциальной вирусной инфекции
...								
Экспертная оценка взаимосвязи выявленных нарушений при проведении диагностических мероприятий с исходом заболевания; выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи								
Указание на взаимосвязь выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования				Взаимосвязь выявленного нарушения с неблагоприятным исходом				
Комментарии и обоснование взаимосвязи выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования				Отсутствие проведения пассивной иммунизации привело к дальнейшему инфицированию ребенка (через 4 месяца после выписки из стационара по настоящему страховому случаю) респираторно-синциальным вирусом с возникновением легочно-сердечной недостаточности (потребовалась неотложная госпитализация в стационар), что создало условие для возникновения персистирующей бронхитальной астмы средней тяжести (бронхиальная астма диагностирована пульмонологом амбулаторно спустя 6 месяцев после установления диагноза респираторно-синциальной вирусной инфекции).				
Выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи				Код дефекта 3.2.2				

3. Экспертная оценка преемственности медицинской помощи, в том числе описание нарушений					
№ п/п	Перечень параметров экспертной оценки преемственности медицинской помощи	Ссылка на применимый порядок оказания медицинской помощи, иной нормативный правовой акт, клинические рекомендации	Целевой показатель параметра экспертной оценки, условие для применения параметра экспертной оценки	Перечень нарушений (отмечается специалистом-экспертом / экспертом качества медицинской помощи, в том числе: / экспертом качества медицинской помощи), в том числе:	Комментарий (заполняется специалистом / экспертом качества медицинской помощи (при необходимости))
3.1	Дистансерное наблюдение врача-пульмонолога	п. 5.3 КР	Всем пациентам	Отсутствует рекомендация по обращению в поликлинику по месту прикрепления для постановки ребенка на диспансерное наблюдение	—
...					
Экспертная оценка взаимосвязи выявленных нарушений преемственности медицинской помощи с исходом заболевания (при проведении экспертизы качества медицинской помощи)					
Указание на взаимосвязь выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования			Создание риска неблагоприятного исхода		
Комментарий и обоснование взаимосвязи выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования			Нарушение привело в тому, что диспансерное наблюдение установлено лишь спустя 2 месяца после выписки из стационара по настоящему страховому случаю, что в дальнейшем не позволило пульмонологу поликлиники выявить показания для осуществления пассивной иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.		
Выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи			Коэффициент 3.6		

4. Экспертная оценка иных нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы / экспертизы качества медицинской помощи, в том числе описание нарушений		
№ п/п	Перечень параметров экспертной	Описание нарушения
...	...	(нарушение описывается в случае выявления)
Экспертная оценка взаимосвязи иных выявленных нарушений с исходом заболевания (при проведении экспертизы качества медицинской помощи); выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи		
Указание на взаимосвязь выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования		—
Комментарии и обоснование взаимосвязи выявленных нарушений с неблагоприятным исходом и (или) риском его формирования		—
Выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи		—
5. Экспертная оценка степени достижения запланированного результата оказания медицинской помощи		Запланированный результат на момент выписки пациента из стационара не достигнут: спустя 4 месяца после выписки из стационара по настоящему страховому случаю у ребенка возникла респираторно-синцитиальная вирусная инфекция, что является последствием отсутствия проведения против нее пассивной иммунизации.

Публичность таких форм для медицинских организаций позволит применять их при внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (инструмент самоконтроля) [1]. Это обеспечит преемственность, предсказуемость и непрерывность контроля в ОМС. В таком случае проведение внутреннего контроля позволит не только выявлять, но и устранять нарушения еще до момента выписки пациента из стационара или завершения амбулаторного лечения.

С применением типовых форм контрольных листов перед экспертом будет стоять задача установить нарушения, которые не выявила и своевременно не устранила сама медицинская организация.

Возможность постоянного сбора информации как о впервые установленных нарушениях, так и о системных ошибках медицинских организаций, автоматизация процесса сбора данных необходима для проработки предпринимаемых мер в системе менеджмента качества. Это имеет большое значение для реализации законных прав застрахованных граждан на охрану их здоровья.

Заключение

Практическая значимость применения контрольных листов состоит в их унифицированности, которая приведет к повторяемости (воспроизводимости) экспертного мнения, в том числе при проведении повторных экспертиз. Так как в основе контрольных листов лежат исключительно законные требования к оказанию медицинской помощи, значительно снижается субъективность экспертного мнения. Наличие события и объективной стороны нарушения позволит эксперту провести его верную квалификацию в соответствии с Перечнем оснований для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи².

Форма выражения экспертного мнения с применением стандартизованных формулировок нарушений контрольных листов имеет высокий потенциал для оптимизации статистического учета в отношении системных данных об установленных и устраненных нарушениях.

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н.

Список литературы:

1. Харисов А. М., Берсенева Е. А., Березников А. В., Шкитин С. О., Скиба Я. Б., Климов Ю. А. Оценка рисков медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи пациентам в отделениях терапевтического профиля // Вестник современной клинической медицины. 2019. Т. 12. №3. С. 61-66.
2. Лебедева А. М., Березников А. В., Берсенева Е. А., Шкитин С. О., Макарец Н. В. Методика сопоставления посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов врачебной комиссией медицинской организации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. № 3. С. 334-362.

Об авторах:

Шкитин Сергей Олегович — доцент кафедры диетологии ФГБОУ ВО «Росбиотех», заместитель руководителя дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных граждан ООО «АльфаСтрахование-ОМС», кандидат медицинских наук, Москва, ishkitin@gmail.com

Березников Алексей Васильевич — заведующий кафедрой диетологии ФГБОУ ВО «Росбиотех», медицинский директор, руководитель дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных ООО «АльфаСтрахование-ОМС», доктор медицинских наук, доцент, Москва, avbereznikov@mail.ru

Shkitin Sergey Olegovich — Russian Biotechnological University, Deputy Head of the Directorate of Medical Expertise and Protection of the Rights of Insured Citizens LLC AlfaStrakhovanie, Candidate of Medical Sciences, Moscow

Bereznikov Alexey Vasilyevich — Head of the Department of Dietetics Russian Biotechnological University, Medical Director, Head of the Directorate of Medical Expertise and Protection of the Rights of Insured Persons LLC AlfaStrakhovanie, Doctor of Medical Sciences, Moscow

© Шкитин С. О., Березников А. В., 2025

Для цитирования:

Шкитин С. О., Березников А. В. Контрольные листы при экспертизе качества медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №1-2 (27-28). С. 93-100.

For citation:

Shkitin S. O., Bereznikov A. V. Checklists for examining the quality of medical care // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №1-2 (27-28). P. 93-100.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 20.06.2025 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 предоставляемые сведения должны сопровождаться соответствующим подтверждением.

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 все 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 — произвольная.

Таблицы оформляются подобно основному тексту. В тексте обязательно должно быть указание на приводимую таблицу. Таблицы должны быть пронумерованы, иметь названия, заголовки граф и строк, быть наглядными, не перегруженными. При необходимости допускается горизонтальное расположение таблиц и их расположение на нескольких страницах. Все имеющиеся в таблицах сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь пояснения.

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 600 точек на дюйм.

Все рисунки должны иметь порядковый номер, соответствующий указанному в тексте работы и подпись, располагаемые непосредственно под изображением. Все имеющиеся в рисунках сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь пояснения, представленные либо в легенде рисунка, либо в подписи к нему.

Математические формулы, выражения представляются в формульных редакторах: Microsoft Equation, MathType и др.

В 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, ученые степени и звания авторов при их наличии
- адрес электронной почты каждого из авторов
- почтовый адрес и контактный телефон (допускается указание одного адреса/телефона 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.

Работа со ссылками

Все имеющиеся цитаты должны иметь ссылки на литературные источники, представляемые в постраничных ссылках и (или) затекстовых списках литературы. При использовании затекстового списка номер источника, помещённый в квадратные скобки, располагается по окончании фрагмента с цитируемой информацией.

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».

Не следует дублировать используемые источники размещая их одновременно и в постраничных ссылках, и в затекстовом списке литературы.

Дополнительно обращаем внимание авторов на то, что представляемые в затекстовом списке литературы нормативно-правовые акты, с сохранением единой нумерации необходимо располагать перед всеми иными источниками. В качестве их источников предпочтительно использовать официальные издания. При этом нормативно-правовые акты должны быть расположены:

- а) в порядке юридической значимости;
- б) в хронологическом порядке.

К рассмотрению принимаются материалы, направленные в адрес редакции по электронной почте ***nimp@med-law.ru*** или на электронных носителях. В сопроводительном письме указываются название работы, используемое программное обеспечение и форматы представляемых материалов, а также сведения об авторе или о каждом из авторов, включая:

- место работы или учёбы;
- должность и звание или статус обучающегося;
- номер телефона и адрес электронной почты

Предоставление материалов на бумажном носителе не требуется.

Представленные материалы и электронные носители не возвращаются.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА