

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 8

№1-2



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, 2022. Том 8. №1-2 (15-16). 84 с. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Редакционная коллегия:

Председатель

Сергеев Юрий Дмитриевич

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

Члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович

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

Каменская Наталья Андреевна

доцент кафедры медицинского права Сеченовского Университета, кандидат юридических наук

Куранов Владимир Григорьевич

старший преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. академика E.A. Вагнера

Павлова Юлия Владимировна

доцент кафедры медицинского права Сеченовского Университета, кандидат юридических наук, доцент

Поспелова Светлана Игоревна

доцент кафедры медицинского права Сеченовского Университета, кандидат юридических наук

Техническая редакция:

Рамишвили Автандил Демурович Довнар Алексей Николаевич

Адрес редакции:

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

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования

Издается с 2015 года

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

© Национальный институт медицинского права, 2022

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№ 1 - 2 [15-16]

Том 8

январь - июнь 2022

Москва 2022

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

 $N_{0}1-2$ [15-16]

VOLUME 8

JANUARY - JUNE 2022

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2022. Vol 8. N^0 1-2 (15-16). 84 p. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board:

Chairman

Yuri Dmitrievich Sergeev

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

Board member

Sergey Vladimirovich Erofeev

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

Natalia Andreevna Kamenskaya

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

Vladimir Grigorievich Kuranov

senior lecturer of the Department of law of the Perm state medical University named after academician E. Wagner

Yulia Vladimirovna Pavlova

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

Svetlana Igorevna Pospelova

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

Technical editorial board:

Avtandil Demurovich Ramishvili Alexey Nikolaevich Dovnar

Address of edition:

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

The journal is included in the Russian science citation index

Published in 2015

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

Moscow 2022

© National Institute of medical law, 2022

Уважаемые коллеги!

редставленный номер отражает многоплановость и неоднозначность научно-практических проблем в сфере правового регулирования медицинской деятельности.

По-прежнему, в фокусе внимания профессионального сообщества проблемы оценки качества медицинской помощи. Авторы выявляют проблемы, предлагают пути их решения и приглашают специалистов в соответствующей области к дальнейшей дискуссии по вопросам, указанным в исследовании.

Несомненную практическую значимость имеют коллизии законодательства, выявленные авторами в сфере базовой подготовки медицинских кадров, что является одной из причин дефицита медицинских работников в определенных профилях.

Предметом исследования авторов является и один из ключевых вопросов современного здравоохранения: наличие конфликта в системе «врач-пациент» и роль профессионального сообщества в регулирование этико-деонтологических основ медицинской деятельности.

В представленном номере рассматриваются также основные предпосылки, которые приводят к развитию такого явления, как пациентский экстремизм, представлены рекомендации для медицинских организаций, которые позволят им обезопасить свою деятельность в отношении такого негативного пациентского поведения.

Не менее актуальной представляется проблема привлечения пациента к юридической ответственности как за неисполнение обязанностей в сфере охраны здоровья в целом, так и за результаты лечебного процесса, в частности. Авторы приводят различные подходы законодательных органов и профессиональных медицинских ассоциаций к установлению юридической ответственности пациентов на основе правоприменительной практики.

Не остаются без внимания авторов социальные, нравственно-этические и правовые проблемы, к которым приводит стремительное развитие биотехнологий, в частности, создание и внедрение в практическую жизнь эктогенетических технологий.

От имени редакционной коллегии благодарим наших авторов за высокий уровень представленных в данном номере журнала исследований, имеющих безусловную практическую значимость.

Содержание

Глухова Л.С., Шмарева Т.А. 9 Lyubov Glukhova, Tatyana Shmareva

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА INDIVIDUAL PROBLEMS OF ASSESSING THE QUALITY OKAЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ OF MEDICAL CARE PROVIDED

Довнар А.Н., Цыбанов Б.-С.Д. 14 Alexey Dovnar, Bazar-Sada Tsybanov

ОБЫЧАЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ: THE CUSTOM OF MEDICAL PRACTICE: HOBЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (НАЧАЛО) A NEW LOOK AT THE PROBLEM (beginning)

Momoвa E.A. 23 Ekaterina Motova

ЭКТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ECTOGENETIC TECHNOLOGIES

КАК СПОСОБ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ РЕБЕНКА:

К ВОПРОСУ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

К ВОПРОСУ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

К ВОПРОСУ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

И ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ AND LEGISLATIVE REGULATION

Породенко В.А., Травенко Е.Н., Ильина А.В., 30 Valery Porodenko, Elena Travenko, Быстрова Е.И., Тулендинов Д.Р., Anna Ilyina, Elena Bystrova, Dagomir Tulendinov,

Ануприенко С.А. Sergey Anuprienko

К ВОПРОСУ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ON THE ISSUE OF DOCTOR'S TRAINING AS A SPECIALIST EXPERT

Поспелова С.И. 37 Svetlana Pospelova

НОВЕЛЛЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ЗА СОВЕРШЕНИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В СФЕРЕ
НЕЗАКОННОГО ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
NOVELS OF CRIMINAL RESPONSIBILITY
FOR COMMITTING CRIMES IN THE SPHERE
OF ILLEGAL CIRCULATION OF MEDICINES
AND MEDICAL DEVICES

Ревазова Е.А. 50 Ekaterina Revazova

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ LEGAL RESPONSIBILITY OF PATIENTS ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ IN THE RUSSIAN FEDERATION

Смирнова В.И., Харитонова В.А., Коптева Л.Н. 57 Vera Smirnova, Vera Kharitonova, Larisa Kopteva

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ
В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.
РАЗВИТИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ЭКСТРЕМИЗМА

СIVIL LAW RELATIONS
IN MODERN MEDICINE.
THE DEVELOPMENT OF CONSUMER EXTREMISM

НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ IN THE MEDICAL SERVICES MARKET

Соболева М.Е. 62 Marya Soboleva

ПРОБЛЕМА КОНФЛИКТНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

THE PROBLEM OF CONFLICT IN HEALTHCARE

Соколова М.А. 68 Mariya Sokolova

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК НАДОТРАСЛЬ ПРАВА MEDICAL LAW AS A SUPRA-BRANCH OF LAW

Тропина О.Н. 74 Olga Tropina

К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ ПРАВОВОГО
РЕГУЛИРОВАНИЯ БАЗОВОЙ ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ
ТHE PROBLEMS OF METHODS
OF LEGAL REGULATION OF BASIC
EDUCATION OF MEDICAL PERSONNEL

Глухова Л.С., Шмарева Т.А.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена практическим проблемам оценки качества оказанной медицинской помощи. Касаясь проблеме регламентации контроля качества оказания медицинской помощи, авторы отмечают сложности, возникающие в практическом здравоохранении, как на уровне формирования локальных актов, так и на федеральном уровне. Указывается на неполноту, противоречивость или отсутствие необходимых регулирующих документов.

В частности, рассматривается ситуация с противоречиями, сложившимися при оказании медицинской помощи онкогематологическим пациентам, состоящая в одновременном действии двух имеющих равную юридическую силу порядков оказания медицинской помощи — по профилю «гематология» и по профилю «онкология», предусматривающих различные схемы маршрутизации пациентов, необходимость оказания им медицинской помощи в разных, несвязанных между собой функционально, медицинских организациях. Следствием этого является высокая вероятность несогласованности работы двух служб. Соответственно, это влечёт за собой проблемы контроля качества на всех уровнях.

В качестве решения проблемы авторы рекомендуют такие меры, как повышение юридической грамотности врачей и экспертов качества, внедрение единой цифровой медицинской системы, систематизацию и своевременную актуализацию нормативно-правовых актов в здравоохранении, а также повышение грамотности юристов, работающих в сфере здравоохранения в вопросах медицинского права.

Ключевые слова: медицинское право, контроль, качество медицинской помощи, онкология, гематология, дефекты

Lyubov Glukhova, Tatyana Shmareva

INDIVIDUAL PROBLEMS OF ASSESSING THE QUALITY OF MEDICAL CARE PROVIDED

The article is devoted to practical problems of assessing the quality of medical care provided. Referring to the problem of regulating the quality control of medical care, the authors note the difficulties that arise in practical healthcare, both at the level of formation of local acts and at the federal level. The incompleteness, inconsistency or absence of the necessary regulatory documents is indicated.

In particular, we consider the situation with contradictions that have developed in the provision of medical care to oncohematological patients, consisting in the simultaneous operation of two equally legally valid procedures for the provision of medical care — according to the profile «hematology» and according to the profile «oncology», providing for different routing schemes of patients, the need to provide them with medical care in different, unrelated functionally, medical organizations. The consequence of this is a high probability of inconsistency between the two services. Accordingly, this entails quality control problems at all levels.

As a solution to the problem, the authors recommend such measures as improving the legal literacy of doctors and quality experts, the introduction of a unified digital medical system, systematization and timely updating of regulatory legal acts in healthcare, as well as improving the literacy of lawyers working in the field of healthcare in matters of medical law.

Keywords: medical law, control, quality of medical care, oncology, hematology, defects

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь, как одно из важнейших социальных прав человека и гражданина, гарантировано Конституцией РФ. При этом, медицинская помощь должна быть качественной и, соответственно, понятие качества медицинской помощи закреплено в различных нормативно-правовых документах. Так, например, согласно определению Всемирной организации здравоохранения (BO3) «качество медицинской помощи это степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных». В Российском законодательстве определение термина качества медицинской помощи раскрыто в п. 21 ч. 1 ст. 1 Федерального закона от 21.11.2011 №323 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹: «качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Главной целью всеобщего охвата услугами здравоохранения является положение, когда все люди, нуждающиеся в медицинских услугах, получали бы высококачественную медицинскую помощь, не испытывая при этом финансовых трудностей. Если медицинские услуги не будут достаточно качественными, они не будут эффективными. Для обеспечения качества медицинской помощи должна быть разработана целая система на уровне государства. Таким образом, работу над обеспечением качества медицинской помощи должны осуществлять не только работники здравоохранения, но и государственные органы, ответственные за нормативно-правовое регулирование отрасли. Кроме того, качество оказания медицинской помощи должно постоянно контролироваться для своевременного выявления проблем и стимулирования улучшений. В Российской Федерации законодательно закреплено несколько уровней контроля качества:

- а) это внутренний контроль в медицинской организации (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. №785 H^{2});
- б) контроль качества оказания медицинской помощи застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования средствами страховых медицинских организаций, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2021 №231н³);
- в) ведомственный контроль силами федеральных органов исполнительной вла-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета, №263, 23.11.2011.

² Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/ (дата обращения: 13.06.2022).

³ Приказ 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 ее финансового обеспечения» // URL: https://base.garant.ru/400761901/ (дата обращения: 13.06.2022).

сти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 года $N^{\circ}787$ н⁴).

Несмотря на большое количество нормативно-правовых актов, отражающих организационно-правовые аспекты профессиональной деятельности медицинских работников и процесса оказания медицинской помощи, не существует документа, в котором бы комплексно и системно описывался, и регламентировался весь процесс. И, возможно, нецелесообразно разрабатывать такой всеобъемлющий документ, т.к. в ходе оказания медицинской помощи складывается большое количеразнообразных правоотношений, а сам процесс её оказания может быть сложным, многоэтапным, с привлечением значительного количества специалистов. Например, в Российской Федерации предусмотрено 94 специальности работников, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, каждая из которых имеет свою специфику. Соответственно, говорить о возможности детализации всей профессиональной медицинской деятельности в одном правовом акте едва ли возможно.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности организуется в соответствии с локальным актом в каждой медицинской организации и должен охватывать все направления её работы. Проблемами этого этапа могут стать непонимание медицинской организацией важности проблемы, отсутствие типового единого для всех документа по организации внутреннего контроля качества и единой медицинской цифровой системы, невозможность самостоятельно выстроить действенную систему контроля для своевременного выявления значимых дефектов и их устранения с целью повышения качества своей работы.

В качестве следующей проблемы в процессе контроля качества медицинской помощи можно обозначить как наличие большого количества нормативно-правовых актов, как такового, так и существование несоответствия между ними, вплоть до взаимоисключения, прямого противоречия документов друг другу. Последнее особенно актуально, прежде всего, в тех случаях, когда речь идёт о регулировании процесса оказания медицинской помощи на стыке разных специальностей. Сегодня наглядным примером такой ситуации является нормативно-правовое регулирование процесса оказания медицинской помощи онкогематологическим пациентам, когда одномоментно существуют и имеют равную юридическую силу два порядка оказания медицинской помощи — по профилю «гематология» и по профилю «онкология». При этом данные документы предусматривают различные схемы маршрутизации пациентов, необходимость оказания им медицинской помощи в разных, несвязанных между собой функционально, медицинских организациях. В связи с этим существует высокая вероятность несогласованности работы двух служб. Это, в свою очередь, существенно усложняет жизнь пациентов и может выступать в качестве прямой угрозы их здоровью. Так же такое положение значительно осложняет деятельность врачей, вынужденных руководствоваться противоречащими друг другу документами и представляет для них прямую угрозу правового преследования в случаях наступления неблагоприятных исходов, вероятность которых в области онкогематологии достаточно велика.

В качестве самостоятельной проблемы следует рассматривать то обстоятельство, что врач, в силу своей высокой занятости, не всегда может успевать отслеживать изменения в существующем значительном объеме нормативно-правовых документов — внесение в них изменений, отмену и принятие новых. Также очевидно и то, что не имеющие юридического образования врачи, не в состоянии правильно толковать нормативно-правовые акты. Следует сказать, что даже юристы без специальной подготовки

⁴ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610266/ (дата обращения: 13.06.2022).

и опыта работы в здравоохранении не в состоянии полноценно их интерпретировать и, соответственно, отсутствие в медицинских организациях юристов, владеющих знаниями в области медицины, усугубляет эту проблему.

Другой стороной этой объёмной и многогранной проблемы является то, что при осуществлении вневедомственного контроля качества эксперты страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, в качестве которых выступают такие же, по сути, врачи, являющиеся высококвалифицированными специалистами в своей области, также не имеют юридического образования. Мнение экспертов по одному и тому же случаю оказания медицинской помощи могут противоречить друг другу не только из-за различного понимания и оценки клинической картины, но и по причине отсутствия четких критериев для проведения экспертизы качества, а также различной интерпретации ими нормативно-правовых актов. Например, критерии качества, указанные в приказе Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. №203н5 и в клинических рекомендациях по нозологиям, не всеми экспертами рассматриваются в качестве единственных. В своих заключениях эксперт качества должен ссылаться на нарушения тех или иных нормативных актов, но делается это не всегда, как, и не всегда верно трактуются и применяются нормы.

Заключения экспертов, как правило, никем не оцениваются с юридической точки зрения. Это приводит к их некритическому восприятию и последующему исполнению с необоснованным применениям штрафных санкций к медицинским организациям, которые не могут защитить свои права, т.к. претензионной работой занимаются опять же врачи, не имеющие представлений о вопросах права. На всё на это накладывается проблема судебного урегулирования соответствующих конфликтов, поскольку судьи, достаточно редко сталкиваясь с самыми разными вопросами нарушений в здравоохранении, не имеют необходимого опыта в их разрешении.

Исходя из всего выше сказанного, мы полагаем, что в качестве путей решения комплекса проблем, существующих в процессе контроля качества оказания медицинской помощи, можно рассматривать такие, как:

- · повышение юридической грамотности врачей и экспертов качества;
- внедрение единой цифровой медицинской системы (со встроенной системой внутреннего контроля качества), позволяющей удаленно анализировать любой из этапов оказания медицинской помощи и процесс оказания медицинской помощи пациенту в целом от начала его маршрута до окончания, позволяющей дать оценку квалификации врачей, задействованных в процессе оказания медицинской помощи, дающей возможность выявить проблемы для своевременного принятия управленческих решений;
- · систематизация и своевременная актуализация нормативно-правовых актов в здравоохранении; повышение грамотности по вопросам организации медицинской помощи юристов, работающих в сфере здравоохранения и привлечения их с целью правовой оценки заключений экспертов в системе обязательного медицинского страхования.

Об авторах:

Глухова Любовь Сергеевна — заместитель главного врача по клинико-экспертной работе, ООО «Центр репродуктивного здоровья», Ижевск, LFID@mail.ru

⁵ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203H «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/ (дата обращения: 13.06.2022).

Медицинское право: теория и практика

Шмарева Татьяна Александровна — доцент кафедры гражданского права Удмуртского государственного университета, кандидат юридических наук, Ижевск, shmareva@ inbox.ru

Lyubov Sergeevna Glukhova — Deputy Chief Physician for Clinical and Expert Work, Center for Reproductive Health LLC, Izhevsk

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

© Глухова Л.С., Шмарева Т.А., 2022

Для цитирования:

Глухова Л.С., Шмарева Т.А. Отдельные проблемы оценки качества оказанной медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 9-13.

For citation:

Glukhova L.S., Shmareva T.A. Individual problems of assessing the quality of medical care provided // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. N^2 (15-16). P. 9-13.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The authors declare no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 19.06.2022

Довнар А.Н., Цыбанов Б.-С.Д.

ОБЫЧАЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (НАЧАЛО)

Статья посвящена проблеме понимания обычая медицинской практики. Как показало исследование, генерируя классический (общий) подход, нельзя раскрыть сущность обычая медицинской практики, поскольку в его основе лежит действие, а не правила поведения. Подробный анализ признаков этого феномена с непосредственным «погружением» в практику медицинского сообщества дает некоторое медико-правовое представление о том, какие именно особенности признаков определяют медицинский (видовой) характер и основу его регулятивного начала. Предлагается авторская трактовка понятия и аргументируется выбор термина для его обозначения. Данная публикация — первая из серии двух работ авторов, посвященных данной проблеме.

Ключевые слова: медицинское право, обычай, обычай медицинской практики, правила поведения, модель поведения, профессиональный обычай, профессиональный стереотип, типичность, привычка, медицинская практика, понятие, термин

Alexey Dovnar, Bazar-Sada Tsybanov

THE CUSTOM OF MEDICAL PRACTICE: A NEW LOOK AT THE PROBLEM (beginning)

Article devoted to the problem of understanding the custom of medical practice. As the study showed, generating a classical (general) approach, it is impossible to reveal the essence of the custom of medical practice, since it is based on action, not rules of behavior. A detailed analysis of the signs of this phenomenon with direct immersion in the practice of the medical community gives some medical and legal idea of what features of the signs determine the medical (specific) nature and the basis of its regulatory beginning. The author's definition of the concept is proposed and the choice of the term for its designation is argued. This publication is the first of a series of two works by the authors devoted to this problem.

Keywords: medical law, custom, custom of medical practice, rules of conduct, model of behavior, professional custom, professional stereotype, typicality, habit, medical practice, concept, term

Введение

Проблематика правового регулирования медицинской деятельности обуславливает необходимость исследования не только правовых, но и ряда неформальных элементов регулирования, в том числе обычая медицинской практики. По словам А.Н. Пищиты, медицинская деятельность относится к тем сферам жизни, которые регулируются, как посредством права, так и во многом благодаря морали, обычаям, обыкновениям [16, с. 40]. В связи с этим теоретико-правовой базис дальнейшего

совершенствования правового регулирования медицинской деятельности нуждается в детальном медико-правовом осмыслении феномена обычая медицинской практики в контексте понимания, как его сущности, так и причин, механизмов профессионального поведения медицинских работников.

Кратко о терминологии

Выясним, как в действительности обстоят дела с терминологией феномена. В современной юридической и медицинской литературе встречаются как минимум

три термина: «обычай» (Коваленко А.И. и соавторы, 2007; Пищита А.Н., 2008); «медицинский обычай» (Лаптев В.А., 2016); и «обычай медицинской практики» (Тихомиров А.В., 1998; Лаптев В.А., 2013, 2015). Говорить о сколько-нибудь установившейся терминологии пока не приходится. Вопрос не в том, чтобы требовать согласия всех во всем и всегда. Вопрос в том, что существующие терминологические разночтения затрудняют профессиональный и междисциплинарный диалог. Как говорили древние: «...определите термины, — и вы избавите себя от огромного количества споров».

Между тем, нельзя не заметить предельно общего значения термина «обычай», и использование в отношении весьма специфической его разновидности не кажется логичным, поскольку он явно перегружен многозначностью. Термин «медицинский обычай» не так однозначен, как может показаться на первый взгляд, поскольку возникает ассоциация с понятием «медицинские традиции». По мнению Э.В. Георгиевского, несмотря на единство сущности и структуры обычаев и традиций, это разноплановые явления [3, с. 48]. Медицинские традиции отражают не столько практическую, сколько общественную (культурную) сторону в жизни профессионального медицинского сообщества. Обычай, по мнению Е.Г. Якухновой, гораздо более связан с практикой повседневной жизни, нежели обряд или ритуал [25, с. 280]. Словом, термин «медицинский обычай» не дает четкого и однозначного представления об обозначаемом понятии. Что же касается термина «обычай медицинской практики», то он, по нашему мнению, явно претендует на роль «термина выбора». Он, во-первых, прямо соотносится с выражаемым им понятием, т.е. значит ровно столько, сколько значения ему придано. Во-вторых, он указывает на тесную связь с практической медициной и медицинским сообществом, что значительно облегчает восприятие подлинного смысла, заложенного в понятие. В-третьих, даже в случае неоднократных переосмыслений сути лексическое значение этого термина останется неизменным. И наконец, еще один аргумент в пользу искомого термина — его функциональность и практичность.

Следуя этой логике, в дальнейшем мы, наряду с А.В. Тихомировым и В.А. Лаптевым будем отдавать предпочтение термину «обычай медицинской практики».

Обычай как таковой

Изучение сущности обычая медицинской практики не может считаться полным без рассмотрения базисного, исходного понятия — обычая как такового (далее обычай). Толковый словарь русского языка трактует обычай как «традиционно установившиеся правила общественного поведения» [15, с. 440]. Обычай можно рассматривать как простейшую форму всякой вообще нормативной регуляции [5, с. 265]. Этимология слова «обычай» была исследована М.Ф. Владимирским-Будановым, который сделал вывод о том, что обычай в сознании народа обозначает такие понятия как «правда», «норов», «предание», «пошлина» (то, что «пошло» — общепринятость издавна) [цит. по: 1, с. 8]. Другую этимологическую версию выдвигал А. Мартенсон-Гнидкин: термин «обычай» происходит от слов «оба» и «обчий», в конечном счете «общий» [цит. по: 3, с. 47].

В отечественной доктрине сформировались два теоретических похода, соответственно накопилось большое количество определений понятия «обычай». Первый подход, — ввиду отсутствия классификации, назовем его классическим (общим), — в основе обычая видит правила поведения. Второй подход, — специальный (узкий), — в основе обычая видит действие. Понятно, что позиции сторонников каждого из подходов имеют свои преимущества и недостатки, но мы рассмотрим лишь некоторые из них, применительно к интересующей нас проблеме.

Начнем, пожалуй, со сторонников классического (общего) подхода. Так, М.Н. Кулажников рассматривает обычай как устойчивое правило поведения, возникающее на основе однородных фактических отношений как явление, отражающее привычные способы во взаимодействии людей определённой социальной общности, в результате многократного совершения этими людьми одних и тех же действий, осознавая и положительные оценки общественной значимости указанных правил, соблюдаемых в силу привычки и под воздействием общественного мнения [9, с. 48]. При этом автор выделяет такие признаки обычая как устойчивость, соблюдение в силу привычки, осознанность, а также обеспеченность его общественным мнением. Как отмечает О.В. Малова, обычай — это социальная норма, сложившаяся в результате неоднократного, постоянного повторения определенного правила поведения в обществе. Как правило, обычай — это нигде не зафиксированная норма поведения, передающаяся из поколения в поколение и соблюдаемая в силу привычки» [13, с. 32]. Автор обращает особое внимание на неформальный характер, преемственность и механизм закрепления обычая. На взгляд М.Г. Тирских и Л.Ю. Черняк, обычай — это стихийно возникшее, рациональное, стереотипированное правило поведения, ставшее обязательным для членов конкретного сообщества в силу многократного, постоянного, однообразного применения» [18, с. 5]. Авторы указывают на такие ключевые аспекты, как стереотипизация поведения и формирование регулятивного начала обычая.

Как видим, сторонниками классического (общего) подхода в основе обычая рассматривается правило поведения, основным аспектом которого является «опривычивание» повторения, формирующее модель поведения человека в определенной жизненной ситуации. При этом обязательность исполнения обычая рассматривается не всеми авторами, а если и рассматривается, то не в качестве важнейшего аспекта обычая. Фактор привычности в соблюдении и приобретении регулятивного значения также не рассматривается в качестве непременной составляющей обычая, что, по нашему мнению, правильно, поскольку нельзя их выделить как равно присущие всем видам обычая.

Между тем очевидно, что несмотря на несомненную информативную ценность классического (общего) подхода, его нельзя переложить на практическую медицину, соответственно, сущность обычая медицинской практики останется не раскрытой.

В связи с этим особую ценность приобретает позиция сторонников специального (узкого) подхода. Так, О.Г. Дробницкий видел в обычае общественное поведение, представляющее собой громадную совокупность внешне разрозненных, но подпадающих под единое правило поступков множества индивидов, совершаемых в разное время и на протяжении длительного периода, иногда смены многих поколений. Обычай, — продолжает автор, — сторона, аспект самых сложных структур общественного действия (его простейшая составляющая — повторяющееся и элементарное) [5, с. 243]. Мейер Д.И. в основе понятия рассматривает не правило, а действия, основанные на каком-либо из правил поведения [цит. по: 14, с. 25]. Похожего подхода придерживается С.К. Бондарева, которая полагает, что обычай может возникнуть и сформироваться как привычка. Действия на уровне одного индивида являются привычкой, действия на уровне общества обычаем [цит. по: 14, с. 25].

Именно функциональный аспект специального (узкого) подхода, когда поведение рассматривается как обычай, обуславливает смену привычного угла зрения, уводя наше внимание от классического (общего) подхода на проблему. Исходя из подобного понимания, обычай складывается в результате многократного, длительного повторения не самого правила поведения, а одних и тех же действий определенного содержания (навык, прием, умение, наработка), подпадающих под какое-либо единое правило. Проще говоря, если правило поведения, — во времени, в пространстве и по кругу лиц, — повторяется, то действие воспроизводится.

Таким образом, краткий обзор существующих на сегодня походов в понимании обычая показывает:

1. В обычае образцы должного поведения формируются в результате сложения массы однотипных актов и их превращения в общепринятые стереотипы, и поэтому сам факт обычного поведения является вполне достаточным основанием для того, чтобы от каждого человека в отдельности ожидать совершения таких же действий.

- 2. Обычай складывается только при условии длительного, многократного применения и при признании такой практики большинством представителей конкретного сообщества.
- 3. В основе обычая чаще всего рассматривается правило поведения, и намного реже, но далеко не безосновательно действия.

Обычай в оптике медицины

По существу обычай в оптике медицины — это попытка переложения современной теории обычного права на специфику медицины, чтобы попытаться выявить природу обычая медицинской практики и свести ее в единую логическую формулу. И надо признать — это крайне сложная задача.

Без пояснений тут не обойтись. Во-первых, мы исходим из понимания того, что в медицинской практике действуют правила и закономерности, только ей присущие и проистекающие из природы самой медицины. Во-вторых, мы допускаем, что специфика практической медицины неизбежно влияет на значения отдельных родовых признаков обычая, придавая им видовые (медицинские) черты. В-третьих, возникает вопрос о пределах такого влияния, если таковой имеется. Ведь весьма важно, чтобы обычай во всех его видах (разновидностях) оставался обычаем, сохраняя внутренне присущую ему логику — «поступать, как принято». В-четвертых, полагаем, что, генерируя именно узкий (специальный) подход в понимании проблемы, нам удастся добиться поставленной задачи: заглянуть «внутрь» искомого феномена и проследить за динамикой трансформации обычая в оптике медицины. И наконец, где, кроме как в практике медицинского сообщества искать сведения о действующем в данное время обычае? Вопрос только в том, каким образом вычленить из этой практики интересующий нас феномен, понять, как он проявляется в повседневной практике медицинского сообщества, т.е. «нащупать» средство (способ) распознания этого феномена. Разумеется, предметно можно говорить лишь о сложившемся обычае медицинской практики, — если он существует, то только весь, целиком, — и не пытаться уловить момент «вызревания».

С учетом сказанного перейдем к рассмотрению сущностных признаков искомого феномена, а именно:

Регулятивность

Важным представляется регулятивный аспект природы обычая медицинской практики. А.И. Коваленко и соавторы отмечают, что правовые документы зачастую не содержат детализирующих норм, в то время как обычаи, безусловно, играют роль социального регулятора медицинской деятельности [7, с. 4]. Беспробельность правового регулирования медицинской деятельности невозможно представить без учета «неформального» аспекта, в частности, обычая медицинской практики. Так, по мнению В.А. Лаптева, медицинская деятельность фактически регулируется не только нормами права, но и нормами морали, этики, психологией, социологией и иными неправовыми категориями [10, с. 15]. Иногда речь идет о том, — пишет автор, — что обычаи медицины являются более эффективным регулятором медицинских отношений, нежели закон [11, с. 16]. Нельзя не согласиться с утверждением А.Н. Пищиты, что медицинская деятельность относится к тем сферам жизни, которые регулируются, как посредством права, так и во многом благодаря морали, обычаям, обыкновениям [16, с. 40]. Не вызывает сомнений злободневность высказывания Ю.Д. Сергеева и С.В. Козлова о том, что профессиональная деятельность в отечественной медицине регулируется не только (а порой и не столько) нормативными актами, инструкциями, стандартами, а общепринятыми правилами, канонами, имеющими рекомендательный характер [17, с. 27]. Поскольку «медицинская деятельность осуществляется в условиях ограниченности знаний об организме и о протекании в нем физиологических и патологических процессов в условиях несовершенства самой медицины» [20, с. 62], медицинское сообщество нуждается в стабильной норме, пусть и неформальной, каковой является обычай медицинской практики. Он, во-первых, упорядочивает и организует поведение медицинского работника во множестве повторяющихся типичных ситуаций медицинской практики, подстраховывая от возможных упущений, ошибок и просмотров. Во-вторых, он не противоречит медицине, не отвергается ее природой, и тем более, не в состоянии войти в противоречие с ней. Становится очевидным, признаваемое правовой доктриной «особое теневое значение обычного права как конкурирующего с законом элемента правовой системы» [23, с. 11], в оптике медицины проявляется как вспомогательный элемент правового регулирования медицинской деятельности. Пока лишь отметим: если формула обычая — предписание поступка в конкретной ситуации, то формула обычая медицинской практики предписание поступка в повторяющейся типичной ситуации.

Таким образом, мы полностью солидаризируемся с мнением перечисленных выше авторов, признающих регулятивное начало обычая медицинской практики, подтверждая, тем самым, очевидную теоретическую и практическую значимость проблемы.

Неформализованность

Речь пойдет о статусе обычая медицинской практики, и этот вопрос не имеет однозначного понимания среди ученых. Так, А.И. Коваленко и соавторы отмечают, что в общем виде обычаи можно сравнить со своего рода неписаными правилами оказания медицинской помощи [7, с. 4]. Лаптев В.А. допускает, что медицинские обычаи могут закрепляться в писаной форме в различных положениях медицинских организаций, в книгах и статьях, а также в форме традиций, не имеющих документального закрепления [10, с. 18; 11, с. 16]. В отличие от закона, пишет А.И. Поротиков, обычай не нуждается в обязательной письменной форме своего выражения. Эту роль выполняет самое обычное поведение, которое может восприниматься участниками оборота не только в письменной, но вообще в любой доступной для них форме (визуальной, устной и пр.) [6, с. 283]. Тем более попытка формального выражения, по мнению А.В. Тихомирова, может иметь негативные последствия: «едва ли, однако, это возможно сделать в законе, поскольку, будучи ограничен нормой права и выражая интересы государства, обычай медицинской практики утрачивает приспособляемость к интересам пациента» [19, с. 244]. Лаптев В.А. обращает внимание на то, что «такие обычаи вызывают много вопросов, неясно, как их фиксировать и применять» [12, с. 86]. Тихомиров А.В. говорит об этом следующим образом: «обычаи медицинской практики могут быть изложены в актах профессиональных объединений носителей медицинских специальностей, ссылка на которые может содержаться в законе или специальном правиле [19, с. 244]. Дискуссии продолжаются, но дилемма, — что важнее, регулятивное начало или юридическая сила обычая медицинской практики, — остается пока не решенной. Определенно компромиссным на этом фоне выглядит следующее высказывание. Общество, по словам Г. Радбуха, предписывает в форме обычного права, государство предписывает в форме закона; и то, и другое предписание — действующее право становится правилом жизни [цит. по: 23, с. 10]. Мы же, в свою очередь, склоняемся к позиции, что обычай медицинской практики представляет собой «...феномен, не имеющий формального выражения, иное, чем поведение конкретных участников общественных отношений» [цит. по: 23, с. 17].

Таким образом, обычай медицинской практики — неправовая категория, однако это и форма бытия самого феномена в медицинском пространстве. Если представители медицинского сообщества считают для себя обязательным придерживаться определенной устоявшейся модели поведения в своей практике, то обычай медицинской практики вполне легитимен в рамках медицины.

Стихийность возникновения

Стихийность, о которой идет речь, — пишут М.Г. Тирских и Л.Ю. Черняк, — вовсе не означает, что обычай возникает вне воли общества в результате действия каких-либо природных сил и явлений. Здесь можно го-

ворить лишь об отсутствии целенаправленного волеизъявления государства, органов государственной власти, иных публичных образований на установление правила поведения, нашедшего отражение в обычае [18, с. 4]. В этом смысле, по мнению Р. Лукича, создание обычая на основе повторяющихся, однообразных актов поведения, в отличие от рациональной процедуры законотворчества, является процессом стихийным, неконтролируемым и поэтому, в известном смысле, иррациональным [цит. по: 6, с. 270]. Обычаи — это правила поведения, которые никем сознательно, а тем более целенаправленно не устанавливаются и не санкционируются. Они складываются стихийно в процессе общественной практики и повседневной жизнедеятельности людей [8, с. 106].

Будет правильным, если в рамках анализа этого признака мы затронем проблему генезиса обычая медицинской практики. Обычай медицинской практики, как и любой обычай, опирается на мировоззрение, но, разумеется, профессиональное нравственно-медицинское воззрение «non nocere» (не навреди) и «non licet» (не дозволено). Процесс формирования обычая медицинской практики схематично выглядит таковым: нравственно-медицинское воззрение как продукт коллективного сознания и совокупной воли профессионального медицинского сообщества, выраженное в форме непреложных правил, — канонов медицины, — находит конечное, интуитивное понятное выражение (объективацию) в обычае медицинской практики. Вообще говоря, «коллективная мысль изменяет все, к чему прикасается» [цит. по: 5, с. 158]. Между тем процесс отбора и сохранения, значимых для медицинского сообщества достижений по предотвращению опасных для жизни и здоровья пациента последствий продолжается в режиме «нон-стоп», переходя из поколения в поколение. Как нам представляется, при исследовании генезиса обычая медицинской практики необходимо учитывать профессионально-мировоззренческие и нравственно-медицинские составляющие канонов медицины, поскольку в них заключена адекватность и сила авторитета этого феномена. И по своей сути, каноны медицины формируют профессиональные стереотипы в повседневной практике, закрепляя то, как фактически ведут себя представители медицинского сообщества, — что они себе запрещают и к чему себя обязывают, — в ситуациях, заведомо сопряженных с риском негативных последствий для пациента [4, с. 26]. Тем более, «стереотипы, прежде всего, являются стереотипами сознания людей» [цит. по: 25, с. 279].

Таким образом, обычай медицинской практики реципирован самой практикой медицинского сообщества, т.е. возникают естественным образом, не в силу предписаний государства в лице медицинского ведомства.

Общепризнанность в медицинском сообществе

Обычай медицинской практики как никакой другой источник медицинского права конвенционален, его существование прямо зависит от того, насколько он признается большинством профессионального медицинского сообщества. При этом он может признаваться или не признаваться отдельными представителями медицинского сообщества или ведомственным регламентом, в зависимости от этого он не перестает быть обычаем. Медицинское сообщество отличает неизменность круга субъектов, поскольку войти в эту устойчивую идентификационную группу может только носитель медицинской профессии. Поэтому замкнутость сообщества имеет огромное значение для формирования обычая медицинской практики и определяет такое его качество как партикуляризм, означающий его ограниченный пределами медицинской практики характер действия.

Рациональность и непротиворечие нравственности

Требование разумности обычая выставлялось еще римским правом [24, с. 188]. Как подчеркивал В.М. Хвостов, обычай должен быть рационален, т.е. его применение должно вызываться известной разумной потребностью, существующей в данной местности или в данной общественной

группе [цит. по: 6, с. 272]. Мейер Д.И. отмечал, что обычай не должен противоречить нравственности, так как он представляет собой не что иное, как проявление нравственного закона в применении к общежитию [цит. по: 8, с. 115].

Говоря об обычаях медицинской практики, мы должны принять во внимание следующее уточнение: данные признаки презюмируются, прежде всего, самой медицине. Так, в медицинской практике используются наиболее выверенные из существующих способов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации [22, с. 14]. Медицинская помощь — это действия нравственного характера. Это действия, которые не только не противоречат сложившимся в обществе boni mores («добрым нравам»), но и в полной мере соответствуют им [20, с. 37].

Словом, можно выстраивать логическую цепочку: поскольку медицине презюмируется рациональность и непротиворечие нравственности, постольку они присущи обычаю медицинской практики, как непременному аспекту практической медицины.

Устойчивость

По мнению В.В. Наумкиной, обычай, как правило, не изменяется, потому что изменение может привести к его отми-

ранию или к появлению на его основе нового [14, с. 27]. Иной позиции придерживался О.Г. Дробницкий: «Всякая традиция, обычай способны, разумеется, к изменению, к эволюции и перестройке. Но это преобразование всегда совершается над обычаем, а не внутри него: сам по себе он способен лишь извечно воспроизводить себя, сопротивляясь любым нововведениям. Один обычай замещается другим или видоизменяется под давлением новых условий, но возможность этого изменения не заключена в самой имманентной логике обычая и традиции, диктующих человеку «поступать как принято» [5, с. 322].

Обе эти позиции уравновешивает, на наш взгляд, выдержка из характеристики свойств обычного права, осуществленного М.Ф. Владимирским-Будановым: «...консервативность, и в то же время — способность изменяться вместе с жизнью, <...> вызывается отсутствием выраженности в твердой письменной форме» [цит. по: 3, с. 51].

Таким образом, будучи не ограничен нормой права, т.е. неписаным, обычай медицинской практики обладает определенной гибкостью и приспособляемостью в интересах пациента, что в свою очередь способствует сохранению его устойчивости.

Список литературы:

- 1. Васильев А.М., Васильева С.М. Понятие и признаки правового обычая //Вопросы российского и международного права. 2012. №9-10. С. 7-28.
- 2. Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (Вопросы теории и практики). Свердловск: Изд-во Уральского ун-та, 1998. 112 с.
- 3. Георгиевский Э.В. К вопросу об обычном праве и его основных признаках // Сибирский юридический вестник. 2009. №3 (46). С. 46-54.
- 4. Довнар А.Н., Цыбанов Б.-С.Д. Каноны медицины: понятие, сущность и признаки // Медицинское право: теория и практика. 2021. №1 (13). С. 25-30.
- 5. Дробницкий О. Г. Понятие морали: Историко-критический очерк. М.: Наука, 1974. 388 с.
- 6. Зумбулидзе Р.-М. З., Поротиков А. И. Обычай в праве: Сборник. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004. 382 с.
- 7. Коваленко А.И., Пискун А.И., Тимошенко Т.В. Мораль и право в медицине: Учебное пособие. Благовещенск, 2007. 149 с.
- 8. Кочетыгова Н.И. Правовой обычай как источник права России: дисс. ... канд. юрид. наук. М.: РГБ, 2007. 226 с.

- 9. Кулажников М.Н. Право, традиции и обычаи. Ростов-на-Дону: Ростовский университет, 1972. 176 с.
- 10. Лаптев В.А. Медицинская деятельность: правовая природа и источники правового регулирования // Медицинское право. 2013. №3. С. 15-18.
- 11. Лаптев В.А. Источники российского медицинского права. Что приоритетней: международный медицинский обычай или российское право? Иерархия международных и российских правовых и этических документов // Правовые вопросы в здравоохранении. 2015. № 4. С. 10-27.
- 12. Лаптев В.А. Когда медицинский обычай становится нормой права // Правовые вопросы в здравоохранении. 2016. №12. С. 82-90.
- 13. Малова О.В. Правовой обычай как источник права: дисс. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2002. 187 с.
- 14. Наумкина В.В. Обычай как источник права. Красноярск: Изд-во Красноярского гос. аграрного ун-та, 2006. 136 с.
- 15. Ожегов С.И. Словарь русского языка: 70 000 слов. / Под ред. Н.Ю. Шведовой. 22-е изд., стер. М.: Рус. яз.,1990. 921 с.
- 16. Пищита А.Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. Теоретико-правовые аспекты. ЦКБ РАН, 2008. 115 с.
- *17.* Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных последствий лечения // Медицинское право. 2011. №1. С. 27-30.
- 18. Тирских М.Г., Черняк Л.Ю. Обычай: социальный и правовой регулятор общественных отношений // Академический юридический журнал. 2010. №1 (39). С. 4-8.
- 19. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. М.: Статут, 1998. 418 с.
- 20. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. М.: Статут, 2001. 256 с.
- 21. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: дисс. ...канд. юрид. наук. М., 2008, 165 с.
- 22. Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. М., Юринфоздрав, 2012. 110 с.
- 23. Тумурова А.Т. Понятие обычного права (функциональный подход) // Lex russica (Русский закон). 2017. №11 (132). С. 9-23.
- 24. Шершеневич Г.Ф. Курс гражданского права. Том І. Введение. Казань, 1901. Вып. 1. 206 с.
- 25. Якухнова Е.Г. Медицинские стереотипы и их формы выражения в культуре // Культура и цивилизация. 2018.Т. 8. №1А. С. 278-285.

Об авторах:

Довнар Алексей Николаевич — студент 1 курса магистратуры факультета юриспруденции Московского государственного гуманитарно-экономического университета, Mocква, dovnar.mggeu@mail.ru

Цыбанов Базар-Сада Доржиевич — стажер адвоката Коллегии адвокатов «Адвокат», Mockba, bazar-sada@mail.ru

Alexey Nikolaevich Dovnar — 1st year student of the Master's Degree Programme, Faculty of Law, Moscow State University for the Humanities and Economics, Moscow

Bazar-Sada Dorzhievich Tsybanov — attorney trainee Bar Association «Advocate», Moscow

© Довнар А.Н., Цыбанов Б.-С.Д., 2022

Медицинское право: теория и практика

Для цитирования:

Довнар А.Н., Цыбанов Б.-С.Д. Обычай медицинской практики: новый взгляд на проблему (начало) // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 14-22.

For citation:

Dovnar A.N., Tsybanov B.-S.D. The custom of medical practice: a new look at the problem (beginning) // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. №1-2 (15-16). P. 14-22.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов The authors declare no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 20.04.2022

Мотова Е.А.

ЭКТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СПОСОБ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ РЕБЕНКА: К ВОПРОСУ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

В XXI веке стремительное развитие биотехнологий приводит к борьбе за первенство в создании новых действующих технологий, включая те, которые были бы способны не только спасти плод, рожденный с низкой и экстремально низкой массой тела, но и сделать это с помощью эктогенетических технологий, что становится возможным благодаря artificial womb technology. Однако ее создание порождает множество социальных, нравственно-этических и правовых проблем. Автором настоящей статьи предпринята попытка описать историю возникновении идеи об «искусственной утробе», способах ее применения, а также этико-правовых и социальных проблем, волнующих современное общество. Этим исследованием впервые в России затрагиваются вопросы законодательного регулирования в случае создания и внедрения в практическую жизнь «искусственной утробы», что, по нашему мнению, должно привлечь внимание заинтересованных профессиональных сообществ к этой теме, так как, согласно прогнозам исследователей, ее изобретение и внедрение может произойти в течение ближайших 5-10 лет.

Ключевые слова: право, биоэтика, биотехнологии, эктогенетические технологии, искусственная утроба, искусственная матка, недоношенные дети, эмбрион, этикоправовые проблемы, социальные проблемы

Ekaterina Motova

ECTOGENETIC TECHNOLOGIES AS A WAY TO SAVE A CHILD'S LIFE: TO THE QUESTION OF THEIR APPLICATION AND LEGISLATIVE REGULATION

In the 21st century, the rapid development of biotechnology leads to a struggle for supremacy in the creation of new effective technologies, including those that would be able not only to save a fetus born with low and extremely low body weight, but also to do this with the help of ectogenetic technologies, which becomes possible thanks to artificial womb technology. However, its creation gives rise to many social, moral, ethical and legal problems. The author of this article has made an attempt to describe the history of the idea of an «artificial womb», the ways of its application, as well as the ethical, legal and social problems that concern modern society. This study is the first in Russia to address the issues of legislative regulation in the case of the creation and implementation of an «artificial womb» in practical life, which, in our opinion, should attract the attention of interested professional communities to this topic, since, according to the researchers' forecasts, its invention and implementation may occur within the next 5-10 years.

Keywords: law, bioethics, biotechnologies, ectogenetic technologies, artificial womb, artificial womb, premature babies, embryo, ethical and legal problems, social problems

Мы живём в удивительное время, которое некоторые учёные называют веком четвертой промышленной революции или Индустрией 4.о. В веке, где активное раз-

витие получают «прорывные» технологии, включающие в себя нано-, био-, информационно-коммуникативные, когнитивные технологии и сопряженные с ними науки,

изучающие социальные процессы. В связи с этим актуализируются и обостряются теоретические и практические проблемы в правовом пространстве, ставя перед нами вопросы касающиеся, прежде всего влияния результатов и последствий научно-технического прогресса на право. Уже сегодня научно-технический прогресс способствует борьбе с женским и мужским бесплодием, планированию беременности, диагностированию врожденных пороков развития плода, помогая с помощью интенсивной и реанимационной терапии возвращать к жизни недоношенных детей, ранее обреченных на смерть [1, с. 230].

На протяжении веков неутешительная статистика по смертности недоношенных и экстремально недоношенных детей заставляла ученых задумываться о необходимости создания более совершенных технологий, которые были бы способны имитировать идеальную среду для недоношенных детей. Неудивительно, что именно сейчас, когда мы обладаем знаниями, которыми раньше не владели, разворачивается настоящая борьба за первенство в создании новой действующей технологии, которая поможет не только спасти плод, рожденный с массой тела менее 500-1000 грамм¹, но и будет способствовать внематочному развитию эмбрионов. По мнению ученых это возможно при помощи эктогенеза (в переводе с греческого трактуется «снаружи» и обозначает зарождение жизни все человеческого тела) и эктогенетических технологий, одна из которых называется artificial womb technology (далее — «искусственная утроба», «искусственная матка») [7, с. 68], под которыми понимают такой вид технологий, который бы способствовал не только зарождению жизни вне человеческого тела, но и дальнейшее поддержание жизнеспособности эмбриона и развития до жизнеспособного плода без осложнений в случае необходимости отделения плода от тела матери.

История создания artificial technology. Первые упоминания об инкубаторе для младенцев для младенцев появляются в середине XIX века. Именно тогда французским хирургом Жан-Луи-Поль Денюсе была описана «инкубаторная кроватка», но была она сконструирована немецким гинекологом и акушером Карл Креде в 1864 году². А уже в 1870-1881 годах французский акушер Стефан Этьен Тарнье впервые использует инкубатор для ухода за недоношенными младенцами в парижском родильном доме. Такой инкубатор Тарнье назвал кувезом, благодаря которому младенческая смертность в этом роддоме за три года снизилась на 28%. Но, до популяризации кувезов было еще далеко³. Лишь в XX веке врачи начали активно практиковать кувезы, которые сегодня намного совершеннее тех, что были в прошлом, но все еще очень далеки от материнской утробы.

В настоящее время корейские, американские и европейские исследователи имеют свои собственные проекты «искусственной утробы». К сожалению, Россия в последние десятилетия не участвует в развитии этой биомедицинской технологии. Обращаясь к опыту прошлого, а именно к концу 1960-1970 годов можно узнать, что разработкой и созданием искусственной матки занимался советский ученый Олег Георгиевич Белокуров, работавший в НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта. Ему удалось изобрести искусственную матку и даже провести ряд экспериментов, которые, к сожалению, не получили своего развития [8, с. 65-75; 2, с. 280].

Современная российская наука, вследствие отсутствия как государственного, так и частного финансирования, поставлена в такое положение, которое не позволяет отечественным специалистам заниматься собственными разработками «искусственной утробы». Однако, так или иначе, новая биотехнологическая революция неизбежно затронет и Российскую Федерацию.

¹ Клинические рекомендации «Преждевременные роды» (утв. Министерства здравоохранения РФ, 2020) // Текст размещен на сайте «Рубрикатор наблюдаемого обнаружения» 10.11.2020. URL: https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-prezhdevremennye-rody-utv-minzdravom-rossii/ (дата обращения: 11.04.2022)

² Младенец из пакета: что нужно знать об искусственной матке // URL: https://heroine.ru/mladenets-iz-paketa-chto-nuzhno-znat-ob-iskusstvennoj-matke/ (дата обращения: 11.04.2022)

³ Там же...

Способы применения artificial womb technology. Согласно международному и национальному законодательству каждый ребенок имеет право на жизнь, независимо от того на каком сроке он родился. Не лишая их этого конституционного права (хотя не исключены ятрогенные заболевания и врачебные ошибки) врачи должны делать все возможное, чтобы спасать жизнь и помогать каждому недоношенному ребенку. Следовательно, ученые, воплощая в жизнь технологию «искусственной утробы» [2, с. 280] в первую очередь преследуют цель спасения жизни экстремально недоношенных младенцев.

Однако эту биотехнологию можно использовать и в других не менее важных медицинских целях. Рассмотрим каждый из возможных способов ее применения подробнее.

- «Искусственная утроба» может помочь женщинам, которые в силу анатомо-физиологических особенностей своего организма не могут самостоятельно забеременеть и родить ребенка (например, по причине бесплодия, отсутствия матки и т.д.).
- 2. «Искусственная утроба» поможет спасти ребенка, если женщине предстоит проходить лечение или необходимо любое другое медицинское вмешательство, несовместимое с беременностью, например, хирургическое, химио- или лучевая терапия и др. В настоящее время все это является показаниями к прерыванию беременности. В случае же создания «искусственной утробы» эмбрион или плод пациентки, нуждающейся в соответствующей медицинской помощи, будет размещаться вне тела матери с момента, что обеспечит его сохранение и развитие.
- 3. Специалисты заверяют, что «вынашивание» эмбриона при помощи «искусственной утробы» будет безопаснее не только для женщины, но в большей степени для ребенка. Во-первых, при таком способе развития он всегда будет находиться под медицинским наблюдением. Кроме того, в «искусственной утробе», полностью исключается не только воз-

- можность случайного заражения эмбриона от матери, но и передача через кровеносную систему спиртосодержащих напитков, никотина или наркотических веществ (если его употребляет беременная женщина). Это также позволит сохранять ребёнка в случаях развития иммунных конфликтов (гестозы, резус-конфликты).
- 4. Особой областью применения новой биотехнологии будет являться фетальная хирургия, под которой понимается раздел хирургии, объектом которого является плод в утробе матери. Такой вид хирургического вмешательства очень опасен как для женщины, так и для жизни плода. В случае же изобретения и введения в эксплуатацию «искусственной утробы» риск летального исхода, как женщины, так и плода значительно снизится.

Однако не смотря на все достоинства рассматриваемой нами биотехнологии, «искусственная утроба» уже сейчас порождает множество социальных, нравственно-этических и правовых проблем.

Социальные, нравственно-этические и правовые проблемы создания и применения artificial womb technology. Разработка, появление и внедрение в практику биотехнологий, особенно тех, что, так или иначе, затрагивают репродуктивные права человека, всегда сопровождаются активным обсуждением в общественных и профессиональных сообществах. Вот и сейчас ученые только в начале испытаний «искусственной утробы», а общественность уже обсуждает её негативное влияние.

Особые опасения в обществе вызывает вопрос о распаде в привычном для нас понимании института семьи и необходимость ее создания, ведь с применением рассматриваемой технологии мужчине не нужна будет женщина для того, чтобы стать отцом. Для этого процесса будет достаточно просто найти донора яйцеклетки, подсадить эмбрион в «искусственную утробу», то есть провести процедуру экстракорпорального оплодотворения, искусственно выносить и воспроизвести на свет плод. Однако по нашему мнению, эту проблему можно решить

с помощью законодательного ограничения круга субъектов, имеющих право воспользоваться технологией «искусственной утробы». Так, например, в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (возможно в будущем название закона будет скорректировано) можно дать краткую дефиницию «искусственной утробы» и закрепить круг субъектов, имеющих право воспользоваться данной технологией. Например, семейная пара (официально зарегистрированная в органах ЗАГСа), в которой женщина по медицинским показаниям (к примеру, в случае угрозы для жизни женщины при вынашивании ребенка; страдающей проблемой бесплодия) и (или) мужчина не могут зачать ребенка без использования эктогенетической технологии «искусственной утробы». Такая невозможность должна быть официально подтверждена, например, выпиской из медицинской карты одного или двух супругов. По нашему мнению, такое законодательное закрепление поможет сохранить институт семьи в привычном для нас понимании.

Другая не менее важная проблема, хотя и имеющая сегодня сугубо теоретическое значение антиутопического характера, которая беспокоит общество, связанна с контролем рождаемости. По мнению общества, в случае создания и использования «искусственной утробы», люди могут начать отказываться от возможности самостоятельного воспроизводства себе подобных или же и вовсе могут быть лишены этого. Такая картина мира описана в романе-антиутопии Олдоса Хаксли «О дивный новый мир». У Хаксли государство посредством пропаганды убедило людей в том, что естественное живорождение — это анахронизм и людям следует отказаться от этой функции в пользу государства, которое может выращивать людей на специальных заводах — инкубаториях.

Сегодня репродуктивные права и права детей находятся под особым контролем и защитой государства. Центральным и основополагающим документом в области защиты прав детей является Конвенция о правах ребенка, принятая Генеральной Ас-

самблеей ООН в 1989 году. В ней, в статье 6, четко отражено следующее: «Каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь. Государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка»4. Наша страна ратифицировала выше цитируемую Конвенцию Постановлением ВС СССР от 13 июня 1990 года №1559-І тем самым став государством-участником, обязавшись следовать его положениям и принципам, а в случае несоблюдения, нести ответственность перед международным сообществом. В связи с этим Президентом Российской Федерации был издан Указ «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы»⁵. В декабре 1992 года во исполнение вышеуказанной Конвенции было принято постановление «О переходе на рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения» (в настоящее время данное постановление утратило силу). Это привело к увеличению числа зарегистрированных новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении (от 500 до 1000 грамм). Ныне действует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российский Федерации «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи», в котором экстремально недоношенными признаются новорожденные с массой тела до 1000 грам ${\rm M}^6$.

Положения, связанные с репродуктивными правами человека были представлены в Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с приме-

⁴ Конвенция о правах ребенка: одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989, вступила в силу для СССР 15.09.1990 // Сборник международных договоров СССР. Вып. XLVI, 1993.

⁵ Указ Президента РФ от 01.06.1992 N° 543 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы» // Ведомости СНД и ВС РФ, 11.06.1992, N° 23, ст. 1276.

⁶ Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 №1687н (ред. от 13.10.2021) «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» // Российская газета, №64, 23.03.2012.

нением достижений биологии и медицины от 4 апреля 1997 г.7 (Российская Федерация не присоединилась к этой Конвенции); во Всеобщей декларации ООН о геноме человека и правах человека от 11 ноября 1997 г. 8 ; в Международной декларации ООН о генетических данных человека от 16 октября 2003 г.⁹, во Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека (принята на 18-м пленарном заседании Генеральной конференции ЮНЕСКО) от 19 октября 2005 г.¹⁰ и в Декларации ООН о клонировании человека от 8 марта 2005 г. Основным юридически обязательным документом в этой области является «Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства...», к которой были приняты дополнительные протоколы о запрете клонирования человеческих существ, трансплантации человеческих органов и их тканей, биомедицинских исследований и генетического тестирования в медицинских целях [6, с. 13]. Следует отметить, что не все из перечисленных международно-правовых актов были ратифицированы Российской Федерацией.

В системе российского законодательства не менее важное место занимает комплекс

правовых актов, затрагивающий социальную сферу. Речь идет о правовом регулировании условий и средств обеспечения прав человека и гражданина, о здоровом и комфортном образе жизни [5, с. 19]. Так, обращаясь к анализу статей Конституции Российской Федерации, следует отметить то, что ряд важных её положений закрепляют приоритет человек, его прав и свобод, закрепляя их в качестве высшей ценности, а признание, соблюдение и их защиту — прямой обязанность государства (ст. 2).

Согласно Конституции, каждый имеет право на жизнь и право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 20, ч. 1 ст. 41)12, что закреплено отраслевым Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляющим регулирование общественных отношений в области охраны репродуктивного здоровья граждан и закрепляющим гарантии их реализации. Так в ч. 1 ст. 55 Федерального закона №323-ФЗ дается определение вспомогательных репродуктивных технологий, где закрепляются эктогенетические технологии, с помощью которых возможно развитие человеческого эмбрионе вне организма матери. Это может порождать различного рода отношения, возникающие при оказании медицинской помощи с использованием новых биомедицинских технологий. В связи с этим мы предполагаем, что в случае создания и внедрения в медицинскую практику «искусственной утробы» необходимо будет актуализировать статью 55, например, следующим образом: «вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются при помощи эктогенетических технологий (эктогенеза) (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также искусственной матки).

⁷ Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине ETS N 164 (Принята Комитетом министров Совета Европы 19 ноября 1996 г.) // URL: https://base.garant.ru/2562155/ (дата обращения: 25.04.2022).

⁸ Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека: принята 11.11.1997 г. Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/human_genome.shtml (дата обращения: 25.04.2022).

⁹ Международная декларация ООН о генетических данных человека. // URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/genome_dec.shtml (дата обращения: 25.04.2022).

¹⁰ Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека: принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 18-м пленарном заседании 19.10.2005 г. // URL: http://unesdoc.unesco.org images/0014/001461/146180r.pdf (дата обращения: 25.04.2022).

¹¹ Декларация ООН о клонировании человека: принята резолюцией 59/280 Генеральной Ассамблеи от о8.03.2005 г. // URL: http://www.un.org/russian/documen/declarat/decl_clon.pdf (дата обращения: 25.06.2022).

¹² Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) // URL: https://base.garant.ru/10103000/ (дата обращения: 21.06.2022).

Проблемы, связанные с риском нарушения прав человека в связи с возможными последствиями неконтролируемого применение репродуктивных технологий, также вполне возможны и даже ожидаемы. Можно говорить, что их возникновение было предвосхищено закреплением в преамбуле Конвенции о правах человека и биомедицине, в которой говорится о необходимости правовых гарантий защиты человеческой личности при проведении полного спектра исследований в области здравоохранения, включающих вмешательство в человеческий организм, при исследовании плода и эмбриона in vivo.

Следует сказать, что, несмотря на значительное развитие технических вопросов в этом научном направлении, вопросы этики и права во многом остаются неурегулированными — сегодня развитие технологий значительно опережает их этическое и юридическое обоснование.

В частности, вплоть до настоящего времени остаётся не решенной проблема правового статуса человеческого эмбриона. Проводимые с ним исследования продолжают оставаться острой этической проблемой из-за разногласий во взглядах на моральный статус развивающегося эмбриона. Некоторые авторы считают, что человеческие эмбрионы имеют статус человека («потенциального человека») и должны считаться защищаемой человеческой жизнью. Следовательно, они не могут использовать в исследовательских целях, особенно тех, что приводят к их разрушению. Другие же, напротив, отвергают такие утверждения, подчеркивая высокую потенциальную научную и терапевтическую пользу исследований с использованием человеческих эмбрионов. Это противоречие сохраняется и при работах по созданию «искусственной утробы», требующих применения человеческих эмбрионов.

Анализируя историческое развитие научной мысли о создании «искусственной утробы» мы пришли к выводу, что начиная с середины XIX века и по настоящее время, ученые продолжают совершенствовать технологию, способную спасать жизни недоношенным и экстремально недоношенным детям. Несмотря на то, что эксперименты, проводимые на эмбрионах животных, показывают неплохие результаты, говорить о применении данной технологии в медицине преждевременно, что связано не только с её техническим несовершенством, но и, прежде всего, с отсутствием решения множества социальных, нравственных, этических и правовых проблем, имеющих важное значение для человеческого сообщества.

Любое техническое решение (изобретение), прежде чем оно будет внедрено в практику как медицинская технология, имеющая соответствующее нормативно-правовое обеспечение [4, с. 154], в свою очередь, также должно иметь как доклиническое, клиническое, так и этико-правовое обоснование. Соответственно, работы, направленные на создание полноценной «искусственной утробы» для «вынашивания» и выхаживания недоношенных детей и, тем более, для эктогенеза, требуют полноценного медицинского, этического и правового научного обоснования, в том числе и для того, чтобы иметь возможность прогнозирования последствий её применения.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности разработки проблем правового регулирования отношений в сфере биомедицинских и репродуктивных технологий, которые, в свою очередь, требуют совершенно иного, специфического анализа, отличного от традиционных правовых подходов, которые позволили бы создать сложный механизм нормативного регулирования биомедицинских отношений [6, с. 14].

История развития человеческой цивилизации, как справедливо подметил А.А. Мохов, показывает, что технологическое развитие происходит в интересах большинства. Процесс технологического развития — это объективный и необратимый процесс, состоящий в преобразовании материи, различных сред. Однако скорость его развития, как и последствия, могут различаться. Важнейшей проблемой технологического развития также является постановка вопроса — что именно человек, общество, цивилизация получат от той или иной новой технологии? Какую цену придется заплатить за эти достижения [3, с. 6]? На эти и другие вопросы нам еще предстоит ответить.

Список литературы:

- 1. Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Шакирова Э.М. Этико-правовые аспекты выхаживания недоношенных детей // Казанский медицинский журнал. 1999. Том 80. №3. С. 230-233.
- 2. Евграфова А.Д. Искусственная матка: история, возможности и проблемы // Образовательная система: вопросы современного этапа развития научной мысли. 2019. С. 279-282.
- 3. Генетические технологии: учебное пособие / отв. ред. А.А. Мохов. М.: ООО «Юридическая фирма Контракт», 2022. 184 с.
- 4. Правовое регулирование трансплантации в Российской Федерации: научно-практическое пособие / отв. ред. Н.В. Путило. Москва: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации: ИНФРА-М, 2021. 175 с.
- 5. Тихомиров Ю.А. Загадки науки и право // Право в эпоху биотехнологий: сборник материалов Студенческой конференции (Москва, 27 сентября 2018 г.) / Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации; ответственные редакторы: Ю.Н. Кашеварова [и др.]. Москва. 2018. С. 19-22.
- 6. Право и биомедицина: монография / отв. ред. Ф.В. Цомартова. М.: ИЗиСП: Норма: ИНФРА-М, 2021. 136 с.
- 7. Solerte M.L. Artificial uterus-research background to improve survival and outcome of extremely low birth weight newborns // Journal of Gynecological Research and Obstetrics. 2020. Vol. 6. №3. P. 67-71.
- 8. Киселёв О.М. «Божена» Белокурова Олега женщина // История Петербурга. 2010. №5. С. 65-75.

Об авторе:

Мотова Екатерина Андреевна — специалист отдела теории права и междисциплинарных исследований законодательства, аспирант кафедры государствоведения, общеправовых и социально-гуманитарных дисциплин Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, Москва, katya. motova.96@mail.ru

Ekaterina Andreevna Motova — specialist of the Department of Theory of Law and Interdisciplinary Studies of Legislation, Postgraduate Student of the Department of State Studies, General Legal and Social and Humanitarian Disciplines Institute of Legislation and Comparative Law under the Government of the Russian Federation, Moscow

© Мотова Е.А., 2022

Для цитирования:

Мотова Е.А. Эктогенетические технологии как способ спасения жизни ребенка: к вопросу их применения и законодательного регулирования // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 23-29.

For citation:

Motova E.A. Ectogenetic technologies as a way to save a child's life: to the question of their application and legislative regulation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. $N^{2}-2$ (15-16). P. 23-29.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 28.06.2022

Породенко В.А., Травенко Е.Н., Ильина А.В., Быстрова Е.И., Тулендинов Д.Р., Ануприенко С.А.

К ВОПРОСУ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА КАК СПЕЦИАЛИСТА И (ИЛИ) ЭКСПЕРТА

Нарастание элементов уголовно-правового регулирования медицинской деятельности требует актуализации формирования медико-правовой компетентности будущих врачей, во многом связанной с экспертной деятельностью.

Целью данной работы явилось выяснение понимания студентами медицинского вуза роли врача-специалиста в случае привлечения его судом к функции эксперта.

Методом единовременного онлайн опроса 1724 студентов всех факультетов ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России младших и старших курсов было предложено выбрать один из четырех вариантов ответов по ситуации участия врача-специалиста как эксперта в судебном процессе. Полученные результаты показали отсутствие единого мнения у студентов по предложенным выборам, за исключением выбора «Нет, законом это не предусмотрено». По остальным позициям: «Да, так как обязан по закону», «Нет, это должен быть судебно-медицинский эксперт», «Затрудняюсь ответить», заметной разницы в ответах как по факультетам, так и по курсам не установлено.

На основе результатов онлайн-опроса авторами сделан вывод, что студенты, как младших, так и старших курсов не имеют четкого представления о возможности выполнять функции эксперта в рамках судебного процесса.

Ключевые слова: медицинское образование, врач-специалист, эксперт

Valery Porodenko, Elena Travenko, Anna Ilyina, Elena Bystrova, Dagomir Tulendinov, Sergey Anuprienko

ON THE ISSUE OF DOCTOR'S TRAINING AS A SPECIALIST EXPERT

The increase in the elements of criminal law regulation of medical activity requires the actualization of the formation of medical and legal competence of future doctors, largely related to expert activities.

The purpose of this work was to clarify the understanding of medical university students of the role of a specialist doctor in the case of his involvement by the court to the function of an expert.

By the method of a one-time online survey, 1,724 students of all faculties of Kuban State Medical University were asked to choose one of four answers to the situation of the participation of a specialist doctor as an expert in the trial. The results showed that there was no consensus among students on the proposed elections, with the exception of the choice «No, it is not provided for by law». For the rest of the positions: «Yes, since I am obliged by law», «No, it must be a forensic medical expert», «I find it difficult to answer», there is no noticeable difference in the answers both by faculties and by courses.

Conclusion. Students of Kuban State Medical University do not have a clear idea of the possibility **Keywords:** medical education, doctor, specialist, expert

Современное здравоохранение отличает все более и более интенсивная юридизация врачебной деятельности, сопровождаемая призывами работать в правовом поле. Однако при этом упускается соблюдение необходимого для этого условия — формирование достаточной правовой компетентности на этапе додипломной подготовки.

Предпосылкой настоящего исследования явилась практика привлечения практикующих врачей в рамках судебного процесса к участию в качестве специалистов и (или) экспертов для оценки действий своих коллег. Следует отметить, что этот формат работы никоим образом не дублирует деятельность, осуществляемую в рамках внутриведомственного контроля и контроля, осуществляемого в страховых медицинских организациях.

Соответственно, это делает вопрос о формировании у врачей представлений о функциях специалистов/экспертов, об оценке качества медицинской деятельности с юридических позиций, современным и актуальным.

Процессуальное право различает таких участников судопроизводства как специалист и эксперт. Из законодательства изъят термин «врач-эксперт», но привлечение специалиста к разрешению отдельных вопросов, возникающих в административном, гражданском или уголовном судопроизводстве, подробно регламентировано [1, 2, 3, 4, 5]. Квалификационные требования к специалисту закон не устанавливает, в отличие от судебно-медицинского эксперта. Эксперт и специалист являются носителями специальных знаний. Термин «специальные знания» используется во всех действующих процессуальных кодексах, а также в Федеральном законе от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»¹, однако ни один из них не раскрывает его содержания [6].

Мы сочли необходимым в нашей работе коснуться содержательного аспекта этого

вопроса. Так, врач-судебно-медицинский эксперт, согласно профстандарту, осуществляет врачебную деятельность в области судебно-медицинской экспертизы по пяти трудовым функциям, из которых только последняя «Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме» может быть отнесена к клинической практике².

Судебно-медицинский эксперт имеет право давать заключение в отношении трупа, живого лица при производстве экспертизы, исследовании вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения, осуществлять анализ медико-статистической информации, оформлять медицинскую документацию. Очевидно, что он не в состоянии обладать специальными знаниями во всех остальных областях медицинской науки (урология, гинекология, стоматология, фтизиатрия и т.д.) [7, 9], и что это прерогатива врачей-клиницистов, которых и привлекают в качестве специалистов, в сущности, для выполнения функции экспертов.

Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы (далее также — СМЭ) в Российской Федерации регламентирован приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 г. №346н, в пункте 93 которого прямо указано: «К производству комиссионных и комплексных экспертиз по делам о привлечении к ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения ... могут привлекаться эксперты-врачи соответствующих специальностей»3.

Как подчеркивают сами судебные медики, судебно-медицинские экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (по так называемым «врачебным делам») яв-

¹ Федеральный закон от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // URL: https://base.garant. ru/12123142/ (дата обращения: 25.08.2022).

² Приказ Минтруда России от 14.03.2018 №144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач — судебно-медицинский эксперт» // URL: https://base.garant.ru/71916228/ (дата обращения: 25.08.2022).

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» // URL: https://base.garant.ru/12177987/ (дата обращения: 25.08.2022).

ляются наиболее актуальными, сложными и трудоемкими и часто требуют привлечения в состав экспертной комиссии не находящихся в штате государственных судебно-медицинских экспертных учреждений высококвалифицированных, постоянно практикующих специалистов клинического профиля [8].

С учетом изложенного, в рамках рассмотрения указанного аспекта медико-правовой проблематики высшего медицинского образования, целью настоящей работы явилось выяснение понимания будущими врачами функции врача-специалиста и (или) эксперта.

Методом опроса было выявлено мнение студентов ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России по их отношению к функции эксперта. Респондентам был задан вопрос «Если Вас в установленном законом порядке привлекут как врача-специалиста (терапевт, хирург, педиатр, стоматолог) к участию в уголовном, гражданском или административном судопроизводстве в качестве специалиста и (или) эксперта, будете ли Вы готовы выполнить эти функции?». Студентам предлагалось выбрать один из вариантов ответа:

- *1.* Да, так как обязан по закону.
- 2. Нет, законом это не предусмотрено.
- 3. Нет, это должен быть судебно-медицинский эксперт.
- 4. Затрудняюсь ответить.

Онлайн-опрос был произведен 9 сентября 2021 г. одновременно на 1, 3, 5 и 6 курсах лечебного факультета, на всех курсах педиатрического и стоматологического факультетов. Всего в опросе приняли участие 1724 студента. Полученные результаты представлены в таблице.

Опрос был произведен до изучения курса судебной медицины, которая преподается на 6 курсе лечебного и педиатрического факультетов и на 5 курсе у стоматологов (см. таблицу).

По всей выборке студенты меньше всего выбирали ответ «Нет, законом это не предусмотрено» — отрицали наличие такого правового требования 1-3% студентов всех факультетов и несколько больше — около 7% (девушки) на 2 курсе факультета стома-

тологии. Это говорит о том, что студенты, начиная с первого курса, предполагают установленное законом участие врача в юридических процессах.

Количество студентов, затруднившихся с ответом, в зависимости от курса, было разнонаправленным. На первом и пятом курсах лечебного факультета более 40% студентов (в основном, девушек) затруднились с ответом, на третьем курсе таких оказалось меньше — около 25%, на 6 курсе их стало чуть больше трети, преимущественно юношей.

Предпочтение судебно-медицинскому эксперту, который, по их мнению, обязан участвовать в судопроизводстве по закону, отдало около трети опрошенных на первом, третьем, пятом и шестом курсах.

Около 20% студентов педиатрического факультета первого и шестого курсов уверены в обязанности врача по закону выполнять функции эксперта. 20-30% студентов по всем курсам указали, что это должен быть судебно-медицинский эксперт. А на третьем и шестом курсах половина будущих врачей затруднились с ответом.

Стоматологи первого и пятого курсов, в основном (более 40%), уверены в обязанности врача по закону участвовать в судопроизводстве.

В том, что это обязанность судебно-медицинского эксперта больше всего убеждены стоматологи первого курса и меньше — четвертого и пятого курсов. Менее всего затруднились с ответом студенты первого курса (15%). На остальных курсах их было от 25 до 35%.

Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии единого мнения у студентов по предложенным вариантам выбора, за исключением выбора «Нет, законом это не предусмотрено». Распределение мнений, в основном, по трем остальным позициям свидетельствует об отсутствии заметной разницы как по факультетам, так и по курсам. Интересно, что затруднились с выбором ответа около трети студентов всех курсов лечебного и стоматологического факультетов и половина педиатров шестого курса. Таким образом, к началу обучения на выпускном курсе наши сту-

Результаты опроса студентов КубГМУ

Затрудняюсь			%		33,5	40,7	12,1		37,3	39,4	44,5	29,6	41,7	43,1		15,0	34,0	25,0	35,6	29,2	
	ить	Ж	A6c.		175	11	44 7	7		53	52	45	56	25	28		6	31	91	37	21
	Затрудн ответ		%		9,2	6,9	7,4	20,7		7,8	8,9	5,0	6,9	0	7,7		8,3	11,0	20,3	11,5	4,2
		M	A6c.		48	4	28,7 8	12		11	6	5	9	0	5		5	10	13	12	3
	ерт		%		20	29,3		22,4		26,1	20,5	8,61	24,2	18,3	21,5		25,0	9,71	20,3	12,5	13,9
	Нет, это должен быть судебно- медицинский эксперт	 	A6c.		104	17	31	13		37	27	20	21	11	14		15	16	13	13	10
B	1ет, это должен быть судебно- ицинский эксп		%		7,3	6,9	5,5	6,9		3,5	5,3	0	10,3	8,3	6,5		5,0	12,1	12,5	9,6	6,7
ответо	Н б меди	M	A6c.		38	4	9	4	юв	5	7	0	6	5	4	нт	3	11	8	10	7
	0)	¥	%	ентов	2,1	1,72	1,9	1,7	тудент	1,4	2,3	2,0	3,4	1,7	0	Стоматологический факультет. Всего 391 студент	0	9,9	3,1	1,0	0
	Нет, законом это не предусмотрено		A6c.	746 сту∄	п	1	2	1	ro 587 o	2	3	2	3	1	0		0	9	2	1	0
		M	%	Лечебный факульгет. Всего 746 студентов	1	0	1,9	0	о о факультет. Все	2,1	0	0	1,2	0	1,5		3,3	1,1	0	0	0
			A6c.		5	0	2	0		3	0	0	1	0	1		7	1	0	0	0
	Да, так как обязан по закону	M Ж	%		15,9	27,6	12,0	1,7 20 34,5 0 0 1,7 4 Педиатрический факультет. Всего 587 студентов	19,0	21,2	25,7	19,5	23,3	18,5	18,5	30,0	п,о	9,4	19,2	34,7	
			A6c.	Лечебн	83	91	13		иатрич	27	28	56	17	14	12	Стоматоло	18	10	9	20	25
	, так как обя по закону		%	%	п	8,6	1,9		Пед	2,8	4,5	3,0	4,6	6,2	1,5		13,4	9,9	9,4	10,6	8,3
	Да,		A6c.		57	5	7 2 1	1		4	9	3	4	4	1		8	9	9	11	9
Количество юношей и девушек		Ж	%		71,6	77,6	83,3	0,69		83,8	83,3	92,1	77,0	85,0	83,0		70,0	69,2	57,8	68,3	77,8
			A6c.		374	45	90	40	40	611	110	93	29	51	54		42	63	37	71	95
Колин	юношей и девушек		%		28,4	22,4	16,7	31,0		16,2	16,7	6,2	23,0	15,0	17,0		30,0	30,8	42,2	31,7	27,2
		M	A6c.		148	13	18	81		23	22	8	20	6	11		18	28	27	33	91
К-во студентов		к-в		522	58	108	58		142	132	101	87	09	65		09	91	64	104	72	
Курс					1	3	5	9		1	2	3	4	5	9		1	2	3	4	5

денты не имеют четкого представления о возможности выполнения функций эксперта и специалиста.

Соответственно, полученные результаты говорят о необходимости формирования у студентов представлений об этом аспекте врачебной деятельности и о его правовой регламентации. Мы полагаем, что формирование этой компетенции у студентов целесообразно осуществлять в процессе изучения ими дисциплины «Судебная медицина», что требует корректировки учебных программ в пределах выделенных часов аудиторных занятий.

Мы считаем, что подготовка врача-специалиста к выполнению функции эксперта одной из обязательных сторон формирования его медико-правовой компетенции. Очевидно, что на стадии додипломного обучения достижение необходимого для практики уровня, вследствие многих объективных причин, невозможно.

Следует сказать, что и в последующем далеко не каждый специалист по совокупности своих качеств будет способен к исполнению этой функции [9]. Но в силу неопределённости, в рамках общей подготовки все студенты-медики должны иметь ясные представления о том, каким образом осуществляется правовое регулирование данной деятельности. И это требует, в частности, соответствующей систематизации их правовой подготовки, непрерывности и комплексности при изучении правовых аспектов профессиональной деятельности, разбора дефектов оказания медицинской помощи с обязательным правовым анализом [10].

В целом, в современной ситуации преимущественного перевода медицинских конфликтов в правовое поле, необходимо говорить о том, что формирование медико-правовой компетенции будущих врачей приобретает все большее значение.

Список литературы:

- т. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-Ф3 (ред. от 14.07.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2022) // Собрание законодательства РФ. 07.01.2002. №1 (ч. 1). ст. 25.8.
- 2. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 №138-ФЗ (ред. от 11.06.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 22.06.2022) // Собрание законодательства РФ. 18.11.2002. №46. Ст. 4532. ст. 188.
- 3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред. от 14.07.2022, с изм. от 18.07.2022) // Собрание законодательства РФ. 24.12.2001. №52 (ч. I). Ст. 4921. ст. 58.
- 4. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от о8.03.2015 №21-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 20.06.2022) // Собрание законодательства РФ. о9.03.2015. №10. Ст. 1391. Ст. 77.
- 5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», пункт 93 // URL: https://base.garant.ru/12177987 (дата обращения: 12.05.2022)
- 6. Галямова К.Р. Эксперт и специалист в гражданском судопроизводстве: проблемы разграничения процессуального статуса // Вопросы российской юстиции. 2020. Вып. 7. С. 606-613.
- 7. Капустин А.В., Исаев А.И. Некоторые актуальные вопросы организации производства судебно-медицинских экспертиз // Судебно-медицинская экспертиза. 2004. №1. С. 7-10.
- 8. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: Методические рекомендации (2-е издание, переработанное

- и дополненное). М.: ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России. 2017. 29 с.
- 9. Панов А.В. Пределы использования специальных познаний врача судебно-медицинского эксперта при проведении судебных экспертиз по гражданским искам, предъявляемым вследствие неблагоприятных исходов в медицинской практике // URL: http://pravo-med.ru/articles/2976/ (дата обращения: 14.05.2021)
- 10. Травенко Е.Н., Ломакина Л.И., Породенко В.А., Быстрова Е.И., Ильина А.В., Тулендинов Д.Р., Ануприенко С.А. О роли преподавания правовых вопросов врачебных ошибок и дефектов лечения в обучении педиатров // Естественнонаучное образование: стратегия, проблемы, достижения: сборник научных материалов. Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2019. С. 299-302.

Об авторах:

Породенко Валерий Анатольевич — заведующий кафедрой судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, Краснодар, porodenko52@mail.ru

Травенко Елена Николаевна — доцент кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, доцент, Краснодар, elenoschon@yandex.ru

Ильина Анна Владимировна — ассистент кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, q1213@yandex.ru

Быстрова Елена Ивановна — доцент кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, Краснодар, biz39@yandex.ru

Тулендинов Дагомир Равильевич — старший преподаватель кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, gtulendinov@mail.ru

Ануприенко Сергей Анатольевич — ассистент кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, aspasser@mail.ru

Valery Anatol'evich Porodenko — Head of the Department of Forensic Medicine of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor, Krasnodar

Elena Nikolaevna Travenko — Associate Professor of the Department of Forensic Medicine of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Krasnodar

Anna Vladimirovna Ilina — Assistant of the Department of Forensic Medicine of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar

Elena Ivanovna Bystrova — Associate Professor of the Department of Forensic Medicine `Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, candidate of Medical Sciences, Krasnodar

Dagomir Ravilevich Tulendinov — Senior Lecturer, Department of Forensic Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar

Sergey Anatolyevich Anuprienko — Assistant of the Department of Forensic Medicine of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar

© Породенко В.А., Травенко Е.Н., Ильина А.В., Быстрова Е.И., Тулендинов Д.Р., Ануприенко С.А., 2022

Для цитирования:

Породенко В.А., Травенко Е.Н., Ильина А.В., Быстрова Е.И., Тулендинов Д.Р., Ануприенко С.А. К вопросу подготовки врача как специалиста и (или) эксперта // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 30-36.

For citation:

Porodenko V.A., Travenko E.N., Ilyina A.V., Bystrova E.I., Tulendinov D.R., Anuprienko S.A. On the issue of doctor's training as a specialist expert // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. N^2-2 (15-16). P. 30-36.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов The authors declare no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 17.05.2022

Поспелова С.И.

НОВЕЛЛЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СОВЕРШЕНИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В СФЕРЕ НЕЗАКОННОГО ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

В статье исследуются новеллы уголовной ответственности, введенные в Уголовный Кодекс РФ для борьбы с фальсификацией лекарственных средств и медицинских изделий.

Анализируются специальные составы следующих уголовных преступлений: ст. 235.1. «Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий»; ст. 238.1. «Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок»; ст. 327.2. «Подделка документов на лекарственные средства или медицинские изделия, или упаковки лекарственных средств, или медицинских изделий». Приводятся примеры из судебной и следственной практики.

Ключевые слова: незаконное производство, обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий, фальсификация, подделка документов, подделка упаковки, лекарственные средства, медицинские изделия, уголовная ответственность, преступление

Svetlana Pospelova

NOVELS OF CRIMINAL RESPONSIBILITY FOR COMMITTING CRIMES IN THE SPHERE OF ILLEGAL CIRCULATION OF MEDICINES AND MEDICAL DEVICES

The article examines the novelties of criminal liability introduced into the Criminal Code of the Russian Federation to combat the falsification of medicines and medical devices.

Special elements of the following criminal offenses are analyzed: Art. 235.1. «Illegal production of medicines and medical devices»; Art. 238.1. «Circulation of counterfeit, substandard and unregistered medicines, medical devices and circulation of counterfeit dietary supplements»; Art. 327.2. «Forgery of documents for medicines or medical devices or packaging of medicines or medical devices.» Examples from judicial and investigative practice are given.

Keywords: illegal production, circulation of falsified, substandard and unregistered medicines, medical devices, falsification, forgery of documents, forgery of packaging, medicines, medical devices, criminal liability, crime

Фальсификация лекарственных средств и медицинских изделий является одной из проблем здравоохранения не только в России, но и во всем мире. Обеспечение безопасности обращения лекарственных средств и медицинских изделий является составной частью реализации конституционного права человека на жизнь, охрану

здоровья и медицинскую помощь, поэтому нарушение законодательства Российской Федерации в данной сфере, в зависимости от наступивших неблагоприятных последствий, может повлечь за собой наступление всех видов юридической ответственности.

Одной из мер по решению данной проблемы стало принятие Федерально-

го закона от 31 декабря 2014 г. №532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок»¹. Указанным законом в Уголовный Кодекс Российской Федерации (далее — УК РФ)² были включены три специальные статьи, направленные на противодействие обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок:

- · статья 235.1. Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий;
- статья 238.1. Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок;
- · статья 327.2. Подделка документов на лекарственные средства или медицинские изделия, или упаковки лекарственных средств, или медицинских изделий.

Данные изменения, в том числе, были направлены на приведение законодательства Российской Федерации в соответствие с требованиями Конвенции Совета Европы «О борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения» (да-

лее — Конвенция «Медикрим»)³, которая стала первым международным актом универсального характера в отношении борьбы с фальсификацией медицинской продукции.

Основными целями Конвенции «Медикрим» являются установление уголовной ответственности за фальсификацию медицинской продукции и сходные преступления (производство, хранение и предложения по реализации данной продукции, подделка соответствующей документации и упаковочных материалов), защита правпотерпевших вследствие данных правонарушений, развитие сотрудничества на международном и внутригосударственном уровнях.

Конвенция обязывает страны-участницы признавать в качестве преступлений следующие деяния:

- умышленное производство фальсификатов и вспомогательных веществ, их частей, материалов и аксессуаров;
- умышленные сбыт или предложение к сбыту, а также незаконный оборот фальсификатов и вспомогательных веществ, их частей, материалов и аксессуаров;
- умышленное изготовление поддельных документов, относящихся к лекарству или медицинскому изделию, в том числе изготовление упаковки, маркировки, инструкции по применению, сертификата и т.п.

Кроме того, в качестве преступлений Российская Федерация признает оборот лекарств, не имеющих разрешительной документации, и медицинских изделий в нарушение требований о соответствии.

Конвенция обязывает дополнить перечень отягчающих обстоятельств (либо ввести его в качестве элемента диспозиции) таким обстоятельством, как совершение преступления с использовани-

¹ Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. №532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок» // Собрание законодательства Российской Федерации от 5 января 2015 г. №1 (часть I), ст. 85.

² Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. №25, ст. 2954.

³ От имени Российской Федерации Конвенция была подписана в Москве 28 октября 2011 г., ратифицирована Федеральным законом от 29 декабря 2017 г. №439-ФЗ «О ратификации Конвенции Совета Европы о борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения» // Собрание законодательства Российской Федерации от 1 января 2018 г. №1 (часть I), ст. 23.

ем средств широкого распространения таких, как информационные системы, включая Интернет.

Также Конвенция требует обязательной конфискации преступных доходов от указанной деятельности, или же аналогичного по стоимости имущества. На основании ст. 104.1 УК РФ ценности и иное имущество, полученные в результате совершения преступлений, предусмотренных вышеуказанными статьями, подлежат конфискации.

Расследованием таких преступлений должны заниматься лица, подразделениям или службы, компетентные в данных вопросах. Следователи по этим делам должны обладать необходимой профессиональной подготовкой, в том числе в области финансовых расследований, а следственные органы — располагать соответствующими ресурсами. Согласно ст. 151 УПК РФ перечисленные преступления отнесены к подследственности следователей Следственного комитета Российской Федерации.

До дополнения УК РФ специальными составами квалификация данных преступлений была одной из основных правовых проблем борьбы с оборотом фальсифицированной и недоброкачественной медицинской продукции в России. С этой целью в судебно-следственной практике, как отдельно, так и в совокупности, применялись сразу несколько статей УК РФ: 159, 171, 180, 234, 238 и др. Однако указанные нормы были неприменимы ко всем частным случаям оборота фальсифицированной и недоброкачественной медицинской продукции, что препятствовало полноценной реализации уголовной ответственности за совершение этих деяний4.

Статья 235.1. Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий

Объективная сторона данного преступления выражена в осуществлении деятельности по производству лекарственных

средств и медицинских изделий без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (такая лицензия) обязательно (обязательна).

Лицензирование деятельности по производству лекарственных средств осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 6 июля 2012 г. №686 «Об утверждении Положения о лицензировании производства лекарственных средств», а медицинских изделий — постановлением Правительства РФ от 3 июня 2013 г. №469 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности по производству и техническому обслуживанию (за исключением случая, если техническое обслуживание осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя) медицинской техники».

Состав преступления формальный, т.е. сам факт незаконного производства лекарственных средств и медицинских изделий наказывается лишением свободы на срок от 3-х до 5-ти лет со штрафом в размере от 500 тысяч до 2-х миллионов рублей или в размере заработной платы, или иного дохода осужденного за период от 6-ти месяцев до 2-х лет или без такового (ч. 1 ст. 235.1 УК РФ).

В случае, когда незаконная деятельность осуществляется **организованной груп-пой или в крупном размере** (стоимость лекарственных средств или медицинских изделий, превышающая 100 тысяч рублей), предусмотрено более строгое наказание — лишение свободы на срок от 5-ти до 8-ми лет со штрафом в размере от 1-го миллиона до 3-х миллионов рублей либо в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 1-го года до 3-х лет или без такового (ч. 2 ст. 235.1 УК РФ).

Судебная практика

Приговором Альметьевского городского суда Республики Татарстан от 18 мая 2020 года по делу №1-18/2020 гражданин К. был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного пунктом «б» части 2 статьи 235.1 УК РФ при следующих обстоятельствах.

Гражданин *К* — генеральный директор ООО, осуществляющего производство и реа-

⁴ Файзрахманов Н.Ф. Обзор законодательства и судебно-следственной практики применения новых норм Уголовного кодекса РФ о борьбе с оборотом фальсифицированной и недоброкачественной медицинской продукции // Медицинское право. 2016. №5. С. 51-55.

лизацию промышленных газов и не имеющего лицензию на производство медицинского кислорода, умышленно, из личной заинтересованности, организовал по месту нахождения филиала данной организации производство и сбыт лекарственных средств — «кислород медицинский газообразный» в крупном размере.

К. дал указание директору филиала, не осведомленному об отсутствии у ООО соответствующей лицензии, организовать сбыт производимого кислорода в медицинские учреждения. Общая стоимость произведенных и реализованных лекарственных средств составила 1 102 462 рубля, что в соответствии с примечанием к статье 235.1 УК РФ является крупным размером.

Органами предварительного следствия вышеописанные действия подсудимого К. были квалифицированы по пункту «б» части 2 статьи 235.1 УК РФ и по части 1 статьи 238.1 УК РФ. При этом, по части 1 статьи 238.1 УК РФ подсудимому инкриминировано незаконное производство, сбыт незарегистрированных лекарственных средств, совершенное в крупном размере.

Однако суд посчитал, что квалификация действий К. по части 1 статьи 238.1 УК РФ была предъявлена излишне, поскольку все его незаконные действия охватываются составом преступления, предусмотренного пунктом «б» части 2 статьи 235.1 УК РФ.

Суд отметил, что под понятие незарегистрированных лекарственных средств подпадают такие лекарственные средства, которые официально отсутствуют в государственном реестре медицинских изделий и которые завозятся на территорию Российской Федерации из других государств. Кислород медицинский официально зарегистрирован в государственном реестре медицинских изделий как лекарственное средство. Поэтому его производство и сбыт на территории Российской Федерации зарегистрированными производителями разрешено.

Поэтому действия К. суд квалифицировал только по пункту «б» части 2 статьи 235.1 УК РФ как незаконное производство лекарственных средств, то есть производство лекарственных средств без лицензии, если такая лицензия обязательна, совершенное в крупном размере.

Обстоятельствами, смягчающими наказание подсудимому, суд признал признание им своей вины и раскаяние в содеянном, учел наличие у подсудимого и его близких родственников серьезных заболеваний, наличие у него несовершеннолетнего ребенка и назначил ему наказание в виде лишения свободы сроком на 5-ть лет условно, установив испытательный срок в 3-и года, в течение которого К. должен своим поведением доказать свое исправление.

В случаях, когда одновременно с незаконным производством лекарственных средств (медицинских изделий) совершается и обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств (медицинских изделий), наказание назначается по совокупности преступлений, предусмотренных ст. 235.1 и ст. 238.1 УК РФ.

Приговором Советского районного суда г. Казани от 29 января 2018 года по делу №1-20/2018 гражданин Г. был признан виновным в совершении преступлений, предусмотренных пунктом «б» части 2 статьи 235.1 УК РФ и частью 1 статьи 238.1 УК РФ при следующих обстоятельствах.

Г., являясь единственным учредителем и единоличным руководителем (генеральным директором) ООО НПО «...», совмещая должность ведущего научного сотрудника кафедры органической химии, не имея лицензии на производство лекарственных средств, незаконно организовал в помещении университета производство лекарственного средства «Бипин» в количестве 90 900 ампул объемом по 0,5 мл на сумму 1 269 873 рублей, лекарственного средства «Бипин» в количестве 33 020 ампул объемом по 1 мл на сумму 560 059 рублей, лекарственного средства «Аскоцин» в количестве 8 000 ампул объемом по 0,48 мл на сумму 111 680 рублей, лекарственного средства «Аскоцин» объемом 5 197 мл на сумму 151 181 руб., которые, согласно заключению эксперта, не зарегистрированы и не включены в государственный реестр лекарственных средств для ветеринарного применения в порядке, предусмотренном статьей 13 Федерального закона №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Общая стоимость произведенных лекарственных средств составила 2 092 793 рубля, что является крупным размером.

Более того, Г., осознавая, что данное лекарственное средство не зарегистрировано и не включено в государственный реестр лекарственных средств для ветеринарного применения, умышленно, с целью извлечения выгоды организовал сбыт указанного лекарственного средства на общую сумму 199 622 рубля, что является крупным размером.

Так, по указанию генерального директора, менеджер ООО НПО «...», сбыл 4 800 ампул объемом по 0,5 мл и 7700 ампул объемом по 1 мл. лекарственного средства «Бипин» на общую сумму 198 122 рубля. Кроме того, он же сбыл 100 ампул объемом по 0,5 мл на общую сумму 1500 рублей при проведении оперативно-розыскного мероприятия «проверочная закупка», проводимого под контролем сотрудников управления экономической безопасности и противодействия коррупции МВД по Республике Татарстан.

В качестве обстоятельств, смягчающих наказание, суд учёл фактически полное признание подсудимым своей вины и раскаяние в содеянном, активное способствование раскрытию и расследованию преступлений, безупречную предшествующую трудовую репутацию, возраст и состояние его здоровья, отсутствие ущерба и негативных последствий от использования незаконно изготавливаемых лекарственных средств.

Также суд принял во внимание и то, что Г. является доктором химических наук, профессором, членом экспертного совета Российского Фонда Фундаментальных исследований, членом диссертационного совета, также является автором более 160 научных работ, имеет более 10 патентов, является соавтором 2 монографий, является одним из разработчиков субстанции «амитраз».

Кроме того, производимые ООО НПО «...» препараты «бипин», «аскоцин», «амитраз» (субстанция) соответствовали предъявляемым требованиям к производству ветеринарных препаратов и имели наличие условий для выпуска. Органом по сертификации продукции ООО НПО «...» была выдана декларация о соответствии препарата «бипин» требованиям качества и нормы; препарат «бипин», амитраз (субстанция) были зарегистрированы в Российской Федерации сроком на пять лет; технические условия по препарату «аскоцин», субстанции «амитраз» были впервые введены и утверждены Г.

Судом также принято во внимание поступившее в адрес суда ходатайство от региональной общественной организации «Пчеловоды Татарстана», согласно которому лекарственное средство «бипин» заслужило полное доверие и признание среди пчеловодов. Государственное бюджетное учреждение «Управление по пчеловодству» министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Татарстан указало в своем письме, что ООО НПО «...» производило фармацевтический препарат для лечения пчел «бипин», который пользовался спросом у пчеловодов республики, при соблюдении инструкции был абсолютно безопасен для пчел и в то же время эффективен при борьбе с клещом, на человека препарат также не оказывал негативного воздействия.

Со стороны пчеловодов Оренбургской области нареканий и каких-либо претензий к производимым ими ветеринарным препаратам никогда не было, данный препарат был эффективен для лечения пчел, отрицательных примеров по его применению не было.

Учитывая совокупность вышеуказанных смягчающих обстоятельств, данные о личности Г., его поведение после совершения преступлений, а именно активное способствование раскрытию и расследованию преступлений, существенно уменьшающие степень общественной опасности совершенных преступлений, суд признал их исключительными, и применил при назначении наказания положения статьи 64 УК РФ, назначив наказание более мягкое, чем предусмотрено санкциями ст. 235.1 и ст. 238.1 УК РФ — штраф в размере 300 000 рублей по совокупности преступлений путем частичного сложения назначенных наказаний (по п. «б» ч. 2 ст. 235.1 — 200 000 и по ч. 1 cm. 238.1 — 150 000).

Статья 238.1. Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок.

Действие рассматриваемой статьи **не распространяется** на следующие случаи:

- незаконный сбыт и ввоз на территорию Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров, сильнодействующих или ядовитых веществ, а также незаконное производство наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров (примечание 1 к ст. 238.1 УК РФ);
- 2) сбыт и (или) ввоз на территорию РФ в целях сбыта незарегистрированных в

РФ лекарственных средств или медицинских изделий, если:

- · указанные лекарственные средства или медицинские изделия в РФ не производятся;
- сбыт и (или) ввоз таких лекарственных средств допускается в соответствии с законодательством об обращении лекарственных средств, а медицинских изделий — законодательством в сфере охраны здоровья;
- · указанные лекарственные средства или медицинские изделия рекомендованы к применению Всемирной организацией здравоохранения (примечание 3 к ст. 238.1 УК РФ⁵).

Предметом преступления являются:

- · фальсифицированные лекарственные средства или медицинские изделия;
- · недоброкачественные лекарственные средства или медицинские изделия;
- · незарегистрированные лекарственные средства или медицинские изделия;
- фальсифицированные биологически активные добавки, содержащие не заявленные при государственной регистрации фармацевтические субстанции, в крупном размере.

Обязательным признаком предмета является **крупный размер** — стоимость лекарственных средств, медицинских изделий или биологически активных добавок в сумме, превышающей 100 тысяч рублей (примечание 2 к статье 238.1 УК РФ).

Понятия «лекарственное средство», «фальсифицированное», «недоброкачественное» лекарственное средство определены в статье 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее — ФЗ №61):

 лекарственные средства — это вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в ор-

- ганы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты;
- фальсифицированное лекарственное средство лекарственное средство, сопровождаемое ложной информацией о его составе и (или) производителе;
- недоброкачественное лекарственное средство лекарственное средство, не соответствующее требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия требованиям нормативной документации или нормативного документа⁶.

В Российской Федерации допускаются производство, изготовление, хранение, перевозка, ввоз в Российскую Федерацию, вывоз из Российской Федерации, реклама, отпуск, реализация, передача, применение, уничтожение лекарственных препаратов, если они зарегистрированы соответствующим уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 13 ФЗ №61)7.

Факт государственной регистрации подтверждается регистрационным удостоверением и включением лекарственного препарата в Государственный реестр лекарственных средств. Именно государственная регистрация представляет собой официальное подтверждение высокого качества, эффективности и безопасности

⁵ Примечание к ст. 238.1 УК РФ было дополнено пунктом 3 Федеральным законом от 1 апреля 2020 г. №95-ФЗ «О внесении изменений в статью 238.1 Уголовного кодекса Российской Федерации» (вступил в силу с 1 апреля 2020 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 апреля 2020 г., №14 (часть I), ст. 2025.

⁶ Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Собрание законодательства Российской Федерации от 19 апреля 2010 г., №16, ст. 1815.

⁷ Там же...

лекарственного средства, и регистрационное удостоверение является единственным юридическим основанием легальности обращения данного лекарственного препарата в Российской Федерации.

Незарегистрированными лекарственными средствами являются также препараты, прошедшие клинические испытания и применяемые за рубежом, но не вошедшие в государственный реестр в РФ.

Понятия «медицинское изделие», «фальсифицированное», «недоброкачественное» медицинское изделие раскрываются в статье 38 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — ФЗ №323):

- медицинскими изделиями являются любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, или метаболического генетического воздействия на организм человека. Медицинские изделия могут признаваться взаимозаменяемыми, если они сравнимы по функциональному назначению, качественным и техническим характеристикам и способны заменить друг друга;
- фальсифицированное медицинское изделие медицинское изделие, сопровождаемое ложной информацией о его характеристиках и (или) производителе (изготовителе);

недоброкачественное медицинское изделие — медицинское изделие, которое не соответствует требованиям безопасности и эффективности медицинских изделий, требованиям к их маркировке, нормативной, технической и эксплуатационной документации и которое не может быть безопасно использовано по назначению, установленному производителем (изготовителем)⁸.

На территории Российской Федерации разрешается обращение медицинских прошедших государственную изделий, регистрацию в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и медицинских изделий, прошедших регистрацию в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза (ч. 4 ст. 38 ФЗ №323)9. Правила регистрации медицинских изделий утверждены постановлением Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. №1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий».

Объективная сторона преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 238.1 УК РФ выражается в совершении любого из перечисленных в диспозиции статьи действий:

- производство, сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации фальсифицированных лекарственных средств или медицинских изделий;
- сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации недоброкачественных лекарственных средств или медицинских изделий;
- незаконные производство, сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации в целях сбыта незарегистрированных лекарственных средств или медицинских изделий;

⁸ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г., №48, ст. 6724.

⁹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г., №48, ст. 6724.

производство, сбыт или ввоз на территорию Российской Федерации фальсифицированных биологически активных добавок, содержащих не заявленные при государственной регистрации фармацевтические субстанции.

Такие действия наказываются:

- принудительными работами на срок от 3-х до 5-ти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет или без такового, либо
- лишением свободы на срок от 3-х до 5-ти лет со штрафом в размере от 500 тысяч до 2-х миллионов рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от шести месяцев до 2-х лет или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет или без такового.

Перечисленные действия, совершенные с использованием средств массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет», влекут более строгое наказание (ч. 1.1 ст. 238.1 УК $P\Phi^{10}$):

- принудительные работы на срок от 4-х до 5-ти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от 2 до 3 лет или без такового, либо
- лишение свободы на срок от 4-х до 6-ти лет со штрафом в размере от 750 тысяч до 2 миллионов 500 тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 1-го года до 2-х лет или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 4-х лет или без такового.

Преступление, предусмотренное ч. 1 и ч. 1.1 ст. 238.1 УК РФ признается оконченным с момента совершения любого из вышеперечисленных действий, поскольку имеет формальный состав — для квалификации деяния не имеет уголовно-правового значения наличие либо отсутствие угрозы жизни или причинения вреда здоровью.

В случае, если перечисленные действия совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой либо повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека, то они образуют квалифицированный состав преступления (ч.2 ст. 238.1 УК РФ) и влекут более строгое наказание: лишение свободы на срок от 5-ти до 8-и лет со штрафом в размере от 1-го до 3-х миллионов рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 1-го года до 3-х лет или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет или без такового.

Те же деяния, повлекшие по неосторожности смерть 2-х или более лиц, образуют особо квалифицированный состав преступления ч. 3 ст. 238.1 УК РФ и наказываются лишением свободы на срок от 8-ми до 12-ти лет со штрафом в размере от 2-х до 5-ти миллионов рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 2-х до 5-ти лет или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 10-ти лет или без такового.

Деяния, повлекшие причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека (п. «б» ч. 2 и ч. 3 ст. 238.1 УК РФ), окончены с момента наступления указанных последствий, поскольку такое преступление имеет материальный состав.

Субъективная сторона преступления характеризуется умышленной формой вины и целью сбыта (при незаконном производстве или ввозе на территорию РФ незарегистрированных лекарственных средств или медицинских изделий). В отношении наступивших последствий (п. «б» ч. 2 и ч. 3 ст. 238.1 УК РФ) — неосторожной формой вины.

¹⁰ Ст. 238.1 УК РФ была дополнена ч. 1.1 Федеральным законом от 1 апреля 2020 г. №95-ФЗ «О внесении изменений в статью 238.1 Уголовного кодекса Российской Федерации» (вступил в силу с 1 апреля 2020 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 апреля 2020 г., №14 (ч. I), ст. 2025.

Судебная практика

Одно из первых уголовных дел по ст. 238.1 УК РФ было возбуждено в 2015 году следственными органами Следственного комитета по Московской области по факту обращения фальсифицированных лекарственных средств при следующих обстоятельствах (п. «а» ч. 2 ст. 238.1 УК РФ)¹¹.

По данным следствия, группа лиц по предварительному сговору осуществляла на территории Подмосковья закупку, фасовку и сбыт фальсифицированных лекарственных препаратов. В роли организатора выступил 45-летний житель Люберецкого района, который придумал и разработал всю преступную схему. В состав группы также входила 40-летняя жительница города Москвы и специалист-технолог, которая непосредственно контролировала работу на производстве.

По имеющимся у следствия данным лекарства ввозились из Китайской Народной Республики на территорию Московской области. В Люберецком и Одинцовском районах Подмосковья у подозреваемых располагались производственные цеха и склад. В Ногинском и Подольском районах имелись типографии, в которых печатались инструкции, фольга, а также упаковки для лекарственных препаратов, с целью придания продукту товарного вида.

В ходе проведенной проверочной закупки сотрудниками ГУЭБиПК МВД России на фармацевтическом складе в городе Люберцы было изъято 2 коробки по 540 упаковок фальсифицированных лекарственных препаратов «Кларитин» в каждой.

В связи с высокой общественной опасностью и риском для жизни и здоровья населения, за совершения рассматриваемых преступлений судами назначается достаточно суровое наказание¹².

Например, приговором Перовского районного суда города Москвы от 26 августа

2019 года Б. и А. признаны виновными в том, что совершили обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, то есть сбыт незарегистрированных лекарственных средств в крупном размере, группой лиц по предварительному сговору (п. «а» ч. 2 ст. 238.1 УК РФ). Каждому назначено наказание в виде лишения свободы на срок 5-ть лет с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима¹³.

Приговором Ленинского районного суда г. Красноярска от 5 декабря 2019 года К. и Д. были осуждены также по п. «а» ч. 2 ст. 238.1 УК РФ к 6-ти годам лишения свободы (условно) со штрафом в размере 1 000 000 рублей.

Статья 327.2. Подделка документов на лекарственные средства или медицинские изделия или упаковки лекарственных средств или медицинских изделий

Объектом данных преступлений являются общественные отношения, определяющие порядок обращения документов на лекарственные средства или медицинские изделия и упаковок лекарственных препаратов.

Части 1 и 2 статьи 327.2 УК РФ содержат два самостоятельных состава, которые отличаются друг от друга предметом преступления.

Предметом преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 327.2 УК РФ, являются следующие поддельные документы на лекарственные средства или медицинские изделия:

- регистрационное удостоверение;
- · сертификат или декларация о соответствии;
- инструкция по применению лекарственного препарата;
- нормативная, техническая и эксплуата-

¹¹ В Московской области возбуждено первое в России уголовное дело по факту обращения фальсифицированных лекарственных средств // Официальный сайт Следственного Комитета Российской Федерации. URL: http://sledcom.ru/news/item/910225 (дата обращения: 30.04.2022).

¹² Павлова Ю.В. Правовой анализ негативных последствий при применении незарегистрированных лекарственных препаратов (на примере кардиоплегических методик) // Медицинское право: теория и практика. 2021. №1 (13). С. 53-62.

¹³ Апелляционным определением СК по уголовным делам Московского городского суда от 14 октября 2019 г. приговор изменен, наказание снижено до 3-х лет лишения свободы условно в связи с признанием в качестве обстоятельства, смягчающего наказание каждого осужденного, активное способствование раскрытию и расследованию преступления, изобличению и уголовному преследованию других соучастников преступления // Апелляционное определение СК по уголовным делам Московского городского суда от 14 октября 2019 г. по делу №10-18961/2019 // URL: https://internet.garant.ru/#/document/311070305/paragraph/1/doclist/3437/ (дата обращения: 9.05.2022).

ционная документация производителя (изготовителя) медицинского изделия.

Определение перечисленных предметов имеет уголовно-правовое (поддельные) и медицинско-правовое (определение терминов) содержание.

Регистрационное удостоверение — документ единой формы, выдаваемый уполномоченным органом, подтверждающий факт регистрации лекарственного препарата¹⁴ или медицинского изделия¹⁵.

Сертификат соответствия — это документ, подтверждающий соответствие продукции требованиям технических регламентов и выдаваемый заявителю органом по сертификации на товары, которые входят в Единый перечень продукции, подлежащей обязательной сертификации¹⁶.

Декларация соответствия — это документ, который принимается на основании собственных доказательств и доказательств, полученных с участием органа по сертификации и (или) аккредитованной испытательной лаборатории (центра), и подтверждающий соответствие продукции требованиям технических регламентов¹⁷.

Инструкция по применению лекарственного препарата¹⁸ — это официальный документ, входящий в регистрационное досье лекарственного препарата и являющийся официальным источником информации о его свойствах, показаниях к применению и противопоказаниях¹⁹.

Нормативная документация — это документы, регламентирующие требования безопасности, качества, а также предполагаемую эффективность предусмотренного применения и методы контроля соответствия медицинского изделия этим требованиям²⁰.

Техническая документация производителя (изготовителя) — документы, регламентирующие конструкцию медицинского изделия, устанавливающие технические требования и содержащие данные для его разработки, производства, применения, эксплуатации, технического обслуживания, ремонта, утилизации или уничтожения^{21, 22}.

Эксплуатационная документация производителя (изготовителя)²³ — это документы, предназначенные для ознакомления потребителя с конструкцией медицинского изделия, регламентирующие условия и правила эксплуатации (использование по назначению, техническое обслуживание, текущий ремонт, хранение и транспортировка), гарантированные производителем (изготовителем) значения основных параметров, характеристик (свойств) медицинского изделия, гаран-

¹⁴ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 мая 2016 г. №320н «Об утверждении формы регистрационного удостоверения лекарственного препарата для медицинского применения». URL: https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&document Id=277757 (дата обращения: 9.05.2022).

¹⁵ Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. №1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий». URL: https://base.garant.ru/70291692/ (дата обращения: 9.05.2022).

¹⁶ Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. №1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий». URL: https://base.garant.ru/70291692/ (дата обращения: 9.05.2022).

¹⁷ Там же...

¹⁸ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 сентября 2016 г. №724н «Об утверждении требований к инструкции по медицинскому применению лекарственных препаратов». URL: https://normativ.kontur. ru/document?moduleId=1&documentId=281478 (дата обращения: 9.05.2022).

¹⁹ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (коллектив авторов; отв. ред. д.ю.н., проф. А.И. Рарог; 13-е изд., перераб. и доп.). М.: «Проспект», 2022. 992 с.

²⁰ Пункт 4 Постановления Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. №1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» // Собрание законодательства Российской Федерации от 7 января 2013 г. №1. Ст. 14.

²¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 января 2017 г. №11н «Об утверждении требований к содержанию технической и эксплуатационной документации производителя (изготовителя) медицинского изделия». URL: https://base.garant.ru/71626748/ (дата обращения: 9.05.2022).

²² Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. №1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» // Собрание законодательства Российской Федерации от 7 января 2013 г. №1. Ст. 14.

²³ См. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 января 2017 г. №11н «Об утверждении требований к содержанию технической и эксплуатационной документации производителя (изготовителя) медицинского изделия»...

тийные обязательства, а также сведения о его утилизации или уничтожении²⁴.

Предметом преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 327.2 УК РФ, являются поддельные первичная и (или) вторичная (потребительская) упаковка лекарственного препарата.

Упаковка — это материал или устройство, гарантирующее сохранение качества лекарственного средства на протяжении установленного срока годности (хранения), обеспечивающее защиту лекарственного средства от повреждений и потерь, а также предохраняющее окружающую среду от загрязнений²⁵.

Первичной (внутренней) является упаковка, непосредственно соприкасающаяся с данным лекарственным препаратом²⁶. Перечень видов первичной упаковки лекарственных препаратов и комплектующих средств содержится в Приложении к Номенклатуре лекарственных форм (утв. Решением Коллегии Евразийской экономической комиссии от 22 декабря 2015 г. №172)²⁷.

Вторичной (потребительской) является упаковка, в которую помещается лекарственный препарат в первичной или промежуточной упаковке для реализации потребителю²⁸.

Объективная сторона характеризуется совершением одного из перечисленных в статье 327.2 УК РФ действий:

 изготовление в целях использования или сбыта предмета преступления, т.е. его создание вопреки установленному порядку

- или противоправное исправление формы или содержания изначально подлинных документов на лекарственные средства (медицинские изделия) или упаковок лекарственных препаратов;
- 2) его использование, т.е. применение предмета преступления согласно его функциональному назначению.

Преступление признается оконченным с момента совершения одного из указанных в законе действий (изготовление либо использование).

Субъективная сторона характеризуется прямым умыслом. Дополнительным признаком субъективной стороны при изготовлении предмета преступления является наличие цели его использования или сбыта (реализации другому лицу).

Такие действия наказываются штрафом в размере от 500 тысяч до 1-го миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 1-го года до 2-х лет, либо принудительными работами на срок до 3-х лет, либо лишением свободы на тот же срок.

В случае совершения преступления организованной группой предусмотрено более строгое наказание — лишение свободы на срок от 5-ти до 10-ти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет (ч.3 ст. 327.2 УК РФ).

Судебная практика

Приговором Мирового судьи участка №5 Октябрьского судебного района г. Екатеринбурга от 10 октября 2018 года по делу №1-42/2018 гражданин З. был признан виновным в совершении 2-х преступлений, предусмотренных частью 2 статьи 327.2 УК РФ, при следующих обстоятельствах.

Директор ООО «А» — гражданин 3., используя данную организацию как подконтрольное ему юридическое лицо, осуществлял общее руководство деятельностью указанной организации, в том числе по исполнению условий заключенных гражданско-правовых договоров.

По итогам проведенного электронного аукциона между городской больницей и ООО «А» был заключен государственный контракт на поставку лекарственного препарата «Ритуксимаб» (торговое наименование

²⁴ См. Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. N1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий»...

²⁵ Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 11 августа 2020 г. №100 «О Фармакопее Евразийского экономического союза» // URL: https://base.garant.ru/74506129/ (дата обращения: 9.05.2022).

²⁶ Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 22 декабря 2015 г. №172 «Об утверждении Номенклатуры лекарственных форм» // URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71196492/ (дата обращения: 9.05.2022).

²⁷ Там же...

²⁸ Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 11 августа 2020 г. №100 «О Фармакопее Евразийского экономического союза» // URL: https://base.garant.ru/74506129/ (дата обращения: 9.05.2022).

«Ацеллбия»), производства ЗАО «БИОКАД», в общем количестве 8-ми упаковок стоимостью 184 000 руб.

В целях незаконного обогащения путем получения денежных средств по заключаемым контрактам, посредством ненадлежащего исполнения их условий, у 3. возник и сформировался прямой преступный умысел, направленный на использование заведомо поддельной упаковки при поставке данного лекарственного препарата (материалы уголовного дела по факту незаконного изготовления в целях использования и сбыта поддельной упаковки были выделены в отдельное производство).

Для реализации задуманного 3. вступил в преступный сговор с К. и М., фактически осуществляющими трудовую деятельность в ООО «А» без официального трудоустройства, обладающими специальными знаниями, навыками и опытом работы с лекарственными препаратами, и заинтересованными в дальнейшем получении заработной платы от данной организации. Они должны были переупаковать представленные 3. лекарственные препараты серии, на которую отсутствовали надлежащие документы, и несоответствующие требованиям заключенного контракта, в полученные от 3. заведомо поддельные упаковки, удовлетворяющие требованиям контракта.

З., реализуя общий преступный умысел, желая получить денежное вознаграждение при создании видимости надлежащего исполнения условий контракта, лично доставил от имени подконтрольного ему общества в больницу лекарственный препарат «Ритуксимаб», расфасованный в 4-х заведомо поддельных упаковках, общей стоимостью 92 000 рублей, тем самым незаконно использовал заведомо поддельную вторичную (потребительскую) упаковку лекарственного препарата.

Судом 3. назначено наказание в виде лишения свободы на срок 6-ть месяцев (условно) с дополнительным наказанием в виде лишения права заниматься фармацевтической деятельностью, а также участвовать в государственных торгах в сфере здравоохранения, сроком на 1 год.

В отношении К. и М. уголовное преследование было прекращено в связи с деятельным раскаянием (ст. 28 УПК РФ).

При наличии определенных обстоятельств подделка документов на лекар-

ственные средства или медицинские изделия и их упаковок квалифицируется по совокупности со статьями 238.1, 235.1 УК РФ.

Так, гражданин Ж. обвинялся в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 238.1 УК РФ, то есть в обращении фальсифицированных лекарственных средств, то есть в ввозе на территорию Российской Федерации и сбыте, фальсифицированных лекарственных средств, а также в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 327.2 УК РФ, то есть в изготовлении в целях использования и сбыта и использования заведомо поддельных первичной упаковки и вторичной (потребительской) упаковки лекарственного препарата.

Данное уголовное дело поступило в Люберецкий городской суд с ходатайством органа предварительного расследования о прекращении уголовного дела с назначением ему судебного штрафа. Исходя из тяжести инкриминируемых деяний и данных о личности обвиняемого, суд посчитал возможным прекратить уголовное дело с назначением судебного штрафа на основании ст. ст. 76.2, 104.4 УК РФ.

Ж. впервые совершил преступления небольшой и средней тяжести, свою вину признал полностью, в содеянном раскаивался, загладил причиненный вред, его действия были пресечены правоохранительными органами и фальсифицированное лекарственное средство не поступило в оборот на территории Российской Федерации. Также суд учел факт длительного содержания его под стражей, имущественное положение обвиняемого и его семьи, нахождение на его иждивении малолетнего ребенка и инвалида 1 группы.

Проанализированные изменения уголовного законодательства Российской Федерации на основе гармонизированных с международной практикой правовых и организационных подходов позволят правильно квалифицировать, эффективно предотвращать широкий круг преступлений в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий и бороться с ними.

Вместе с тем, как отмечают некоторые эксперты, возникает множество вопросов о справедливости санкций, о возможностях для расширительного толкования норм, а

также об их эффективности на практике²⁹, что требует дальнейших исследований в этой области.

Очевидно, что для эффективной борьбы с фальсификацией медицинской продукции, помимо новелл уголовной ответственности, необходим целый комплекс мер, включающий повышение эффективности деятельности правоохранительных

органов по выявлению и пресечению таких преступлений, совершенствование законодательства, регулирующего порядок ввоза лекарственных препаратов на территорию РФ, а также внедрение современных технологий при производстве лекарственных препаратов, которые исключают возможность имитации их упаковки³⁰.

30 Там же...

Об авторе:

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

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

© Поспелова С.И., 2022

Для цитирования:

Поспелова С.И. Новеллы уголовной ответственности за совершение преступлений в сфере незаконного обращения лекарственных средств и медицинских изделий // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 37-49.

For citation:

Pospelova S.I. Novels of criminal responsibility for committing crimes in the sphere of illegal circulation of medicines and medical devices // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. N^2 1-2 (15-16). P. 37-49.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 13.05.2022

²⁹ Шабров Р.В., Лущ Н.Ю., Шадрин А.Д. Закон против фальсификации лекарственных средств и биологически активных добавок // «Ремедиум», №1-2, январь-февраль 2015 г.

Ревазова Е.А.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Пациент является участником лечебного процесса и путем принятия решений относительно медицинского вмешательства и выполнения рекомендаций врачей способен влиять на результат лечения. В настоящей статье рассмотрены проблемы привлечения пациента к юридической ответственности как за неисполнение обязанностей в сфере охраны здоровья в целом, так и за результаты лечебного процесса, в частности. Автором проанализированы подходы законодательных органов и профессиональных медицинских ассоциаций к установлению юридической ответственности пациентов, изучена правоприменительная практика по данному вопросу, а также приведены различные взгляды по данному вопросу, изложенные в научной литературе.

Ключевые слова: медицинское право, ответственность пациента, юридическая ответственность, пациент, врач, медицинская организация

Ekaterina Revazova

LEGAL RESPONSIBILITY OF PATIENTS IN THE RUSSIAN FEDERATION

The patient is a participant in the treatment process, and making decisions regarding medical intervention and following the recommendations of doctors is able to influence the outcome of treatment. This article discusses the problems of bringing a patient to legal responsibility both for non-fulfillment of duties in the field of health protection in general and for the results of the treatment process in particular. The author analyzes the approaches of legislative bodies and professional medical associations to the establishment of the legal responsibility of patients, studied the law enforcement practice on this issue, and also provides various views on this issue set out in the scientific literature.

Keywords: medical law, patient responsibility, legal responsibility, patient, doctor, medical organization

В Российской Федерации основным документом, регулирующим отношения в сфере здравоохранения, является Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон №323-ФЗ)¹. В соответствии со ст. 27 данного акта на граждан возложены следующие обязанности в сфере охраны здоровья:

заботиться о сохранении своего здоровья (ч. 1); проходить медицинские осмотры, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации (ч. 2); при наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний (ч. 2); при нахождении на лечении соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 02.07.2021 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. ст. 6724.

нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (ч. 3).

Другие обязанности пациентов, в том числе корреспондирующие с правами медицинских работников, законодатель не предусматривает. Рассмотрим подробнее содержание указанных обязанностей.

Обязанность заботиться о сохранении своего здоровья, установленная ч. 1 ст. 27 Закона №323-ФЗ, применяется ко всем гражданам, независимо от того, являются ли они пациентами. Публично-правовой ответственности за непроявление должной заботы о своем здоровье нормативно не предусмотрено.

В связи с распространением новой коронавирусной инфекции и введением исполнительными органами власти субъектов РФ ограничительных мер, применение данной нормы в судебной практике получило широкое распространение. Часть 1 ст. 27 Закона №323-ФЗ упоминается судами в обоснование привлечения граждан к административной ответственности по ст. 6.3 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — Ко $A\Pi P\Phi$)² за нарушение требований о размещении результатов ПЦР-исследования на наличие коронавирусной инфекции на Едином портале государственных услуг, установленных Главным государственным санитарным $P\Phi^{3}$, за самовольное оставление обсерватора в нарушение ч. 1 ст. 33 Федерального закона №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 4 и нарушение карантина5. В настоящее время в связи с распространением практики привлечения граждан к административной ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических требований, обязанность заботиться о сохранении своего здоровья часто упоминается судами при обосновании своего решения.

Обязанность заботиться о сохранении своего здоровья выражается также в необходимости осуществлять иммунопрофилактику инфекционных болезней. Отказ от профилактических прививок влечет запрет на въезд в определенные страны, отказ в приеме в образовательные и оздоровительные учреждения, отказ в приеме на работу или отстранение граждан от работы (ч. 2 ст. 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» 6).

Следующая обязанность — проходить обязательные обследования, лечение, профилактические медицинские осмотры нормативно установлена для лиц, болеющих туберкулезом или зараженных вирусом иммунодефицита человека^{7, 8}. Данные требования установлены в целях предотвращения распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

На практике контроль за исполнением гражданами, болеющими туберкулезом, обязанности пройти медицинской осмотр осуществляет прокуратура. Прокуратура обращается в суд с исками о понуждении граждан к прохождению медицинского осмотра. Суды, как правило, рассматривают соответствующие иски заочно и удовлетворяют требования прокурора, обязывая граждан пройти медицинский осмотр

² Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 07.01.2002. №1. Ст. 1.

³ Решение Санкт-Петербургского городского суда от 27.04.2021 №12-1189/2021. URL: https://goo.su/ KuHıcsM (дата обращения: 19.04.2022).

⁴ Постановление Полярного районного суда Мурманской обл. от 31.07.2020 по делу №5-55/2020. URL: https://goo.su/zDyczW (дата обращения: 19.04.2022).

⁵ Постановление Гдовского районного суда Псковской обл. от 19.05.2020 по делу №5-24/2020. URL: https://goo.su/xqpGMV (дата обращения: 19.04.2022).

⁶ Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // Собрание законодательства РФ. 21.09.1998. №1. ст. 4736.

⁷ Федеральный закон от 18.06.2001 №77-ФЗ (ред. от 26.05.2021) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 25.06.2001. №26. ст. 2581.

⁸ Федеральный закон от 30.03.1995 №38-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Собрание законодательства РФ. 03.04.1995. №14. ст. 1212.

в течение месяца с момента вступления в силу решения суда^{9, 10, 11}.

Меры публичной ответственности, связанные с неисполнением гражданами обязанностей в сфере охраны здоровья, установлены только для больных заразной формой туберкулеза и выражаются в принудительной госпитализации в медицинское учреждение на основании решения суда. Административная и уголовная ответственность для лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, установлена ст. 6.1 КоАП РФ и ст. 122 Уголовного кодекса Российской Федерации12 за заведомое распространение и сокрытие ими факта наличия инфекции, но не за неисполнение обязанностей, связанных с лечением.

Следующая нормативно предусмотренная обязанность — проходить медицинские осмотры, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, установлена ч. 3 ст. 27 Закона N° 323- Φ 3.

Обязанность проходить медицинские осмотры возложена на работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями, а также на работах, связанных с движением транспорта. По результатам медицинских осмотров принимается решение о пригодности работников к выполнению поручаемой им работы. Обеспечить условия и оплачивать прохождение работниками медицинских осмотров обязаны работодатели. Ответственность за отсутствие у работника подтверждения прохождения медицинского осмотра также возложена на работодателя.

Для работника последствием непрохождения медицинского осмотра является отстранение от выполнения определенного вида работ и, в случае если работодатель не может перевести работника на другую должность, не требующую наличия заключения о прохождении медицинского смотра, — увольнение. Привлечение таких работников к публичной ответственности законодательством не предусмотрено. Соответственно, законодатель косвенно воздействует на граждан посредством норм трудового права в целях исполнения ими обязанности по прохождению медицинских осмотров.

Для сравнения приведем пример, связанный с прохождением гражданами диспансеризации, под которой понимаются профилактические медицинские осмотры и отдельные виды исследований. Законодатель стимулирует граждан к прохождению диспансеризации, обеспечивая сохранение за ними места работы и среднего заработка в день ее прохождения (ст. 185.1 Трудового кодекса Российской Федера- μ ии 13), но не предусматривает ответственность за непрохождение диспансеризации. В качестве исключения можно указать на обязательное прохождение государственными и гражданскими служащими диспансеризации, однако по своему существу такая диспансеризация играет роль обязательных медицинских осмотров и не меняет вышеуказанных выводов¹⁴.

Последней обязанностью, установленной ч. 3 ст. 27 Закона №323-ФЗ является обязанность при нахождении на лечении соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

⁹ Заочное решение Первомайского районного суда г. Мурманска от 09.03.2021 по делу №2-826/2021. URL: https://clck.ru/32mkdW (дата обращения: 9.04.2022).

¹⁰ Заочное решение Междуреченского районного суда Вологодской обл. от 19.02.2020 по делу №2-15/2020. URL: https://goo.su/LEdoQ (дата обращения: 9.04.2022).

¹¹ Заочное решение Кандалакшского районного суда Мурманской обл. от 20.08.2019 по делу №2-1104/2019. URL: https://goo.su/WdHX (дата обращения: 9.04.2022).

¹² Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. №25. ст. 2954.

¹³ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 07.01.2002. №1. Ст. 3.

¹⁴ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2009 №984н «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения» // Российская газета. №12. 22 января 2010.

Юридические последствия за несоблюдение режима лечения и правил поведения пациента в медицинских организациях возникают только в случаях, когда гражданин находится на стационарном или амбулаторном лечении, и ему оформлен листок временной нетрудоспособности. Нарушение режима, предписанного врачом, неявка на осмотр в соответствии со ст. 8 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»¹⁵ являются основанием для снижения размера пособия по временной нетрудоспособности.

Нарушение пациентом правил поведения в медицинской организации может стать основанием привлечения его к административной или уголовной ответственности за хулиганство (в зависимости от фактических обстоятельств дела), но не может являться основанием для отказа в оказании медицинской помощи такому пациенту.

Основываясь на проведенном анализе закрепленных в нормативных актах обязанностей граждан в сфере охраны здоровья и последствий за их неисполнение можно сделать вывод, что негативная юридическая ответственность пациента предусматривается только в тех случаях, когда состояние здоровья одного гражданина способно повлиять на здоровье других лиц, что обусловлено соблюдением баланса частных и публичных интересов и критериев необходимости и соразмерности.

Проблема отсутствия юридической ответственности пациента за свои действия и решения, которые касаются его участия в лечебном процессе, является предметом широкой дискуссии как в медицинской¹⁶,

так и юридической литературе^{17, 18, 19, 20} последних нескольких лет.

В литературе отсутствует однозначный подход к решению вопроса, можно ли требовать от пациентов соблюдения рекомендаций врача и следования плану лечения, и привлекать их к юридической ответственности.

Профессор Бостонского университета Кристофер Робертсон, считает, что с пациента за невыполнение обязанностей должны быть взысканы фактически понесенные расходы медицинской организации²¹. Подольная Н.Н. полагает, что введение административной ответственности за несоблюдение рекомендаций врача позволит предупредить возникновение ятрогений²². Вильгоненко И.М. и Г.В. Станкевич считают, что грубое нарушение предписаний врача должно быть закреплено в Законе №323-ФЗ как основание для освобождения медицинской организации от ответственности²³.

Критикуя существующую систему, которая фактически исключает ответственность пациента, Х. Дрейпер и Т. Сорелл высказали мнение, что интерпретация автономии пациента как простого участия в

¹⁵ Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (редакция от 26.05.2021) от 29.12.2006 №255-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 01.01.2007. №1. Ст. 18.

¹⁶ Варшавский Ю.В. К вопросу об ответственности пациентов // Радиология — практика. 2009. №5. С. 67.

¹⁷ Смирнова О.А. Основные обязанности пациентов при получении медицинской помощи // Медицинское право: теория и практика. 2015. Т. 1. № (1). С. 147.

¹⁸ Быстревская Н.Ю. Комплементарность автономии и ответственности пациента в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. 2017. №4-1. С. 52.

¹⁹ Бобровская О.Н. Проблемы доказывания вреда здоровью по искам потерпевших, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Медицинское право: теория и практика. 2018. Т. 4. N° 2 (8). С. 61.

²⁰ Агеева К.А. Проблемы регулирования ответственности и защиты медицинских работников в Российской Федерации // Евразийский союз ученых. 2016. №6-4 (27). С. 6.

²¹ Robertson C. Should patient responsibility for costs change the doctor - patient relationship // Wake Forest Law Review. 2015. Vol. 50, Issue 2. P. 380.

²² Подольная Н.Н. Юридическая ответственность пациента как средство предупреждения негативного результата лечения и ятрогенных преступлений // Виктимология. 2019. №1 (19). С. 74.

²³ Вильгоненко И.М. К вопросу об Освобождении медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента // Юридический вестник ДГУ. 2020. Т. 34. №2. С. 120.

принятии решений, а не готовности учитывать возможные последствия собственного поведения, обязывает врачей защищать пациентов от последствий собственных решений, поощряя тем самым патерналистское поведение со стороны врачей²⁴.

Напротив, М. Келли считает, что медицинская культура с более умеренной версией ответственности предпочтительнее системы, которая предусматривала бы ответственность за выполнение пациентом возложенных на него обязанностей²⁵. Автор считает, что усиление ответственности пациента бросит вызов доктрине информированного согласия, поскольку право принимать решение о медицинском вмешательстве логически включает в себя право на отказ от него²⁶. Бейсекер А.Э. и Т.Д. Бейсекер полагают, что пациент должен иметь возможность прислушаться к мнению врача или нескольких врачей, но в конечном счете принять свои собственные решения относительно лечения²⁷.

Таким образом, большинство авторов придерживаются подхода, что ответственность пациентов должна быть только моральной, и не перед врачами, а перед самими собой. Эта ответственность должна сподвигнуть их принимать активное участие в процессе лечения²⁸. Для того чтобы такой подход был осуществим, предлагается разработать особый образовательный подход, направленный на улучшение понимания пациентом проблем, связанных с его собственным здоровьем и здоровьем общества²⁹.

На практике пациенты претерпевают последствия отказа от выполнения своих

обязанностей, но они носят не публичный, а частный характер. Указанное обусловлено тем, что пациент, обращаясь за медицинской помощью, вступает в гражданско-правовые отношения с медицинской организацией. Такие последствия выражаются в отказе судов в удовлетворении исковых требований пациентов или в частичном удовлетворении требований к медицинским организациям или частнопрактикующим врачам. Эти выводы нашли своё отражение в правоприменительной практике.

В соответствии с п. 1 ст. 1064 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее — ГК РФ) 30 вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Основанием для удовлетворения требований истца является установление специального состава правонарушения (деликта): противоправного поведения причинителя вреда, вины причинителя вреда, неблагоприятных последствий и причинно-следственной связи между поведением причинителя и неблагоприятными последствиями. При отсутствии одного из элементов состава правонарушения, суды отказывают пациентам в удовлетворении исковых требований. Причиной отсутствия вины медицинской организации может являться недобросовестное поведение пациента^{31, 32}.

Согласно п. 1 ст. 1083 ГК РФ лицу может быть отказано в возмещении вреда, если суд установит, что вред причинен вследствие умысла потерпевшего. Если потерпевший проявил грубую неосторожность, которая содействовала возникновению или увеличению вреда, в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда размер возмещения подлежит уменьшению на основании п. 2 ст. 1083 ГК РФ. Соответственно, на основании данной статьи суды

²⁴ Draper H., Sorell T. Patients' responsibilities in medical ethics // Bioethics. 2002. Vol. 16, Issue 4. P. 336.

²⁵ Келли М. Границы ответственности пациента // Бюллетень сибирской медицины. 2006. Т. 5. №5. С. 69.

²⁶ Там же, с. 71.

²⁷ Beisecker A, Beisecker T. Using metaphors to characterize doctor-patient relationships: paternalism versus consumerism // Health Communication. 1993. Vol. 5, Issue 41. P. 50.

²⁸ Carmi A. On Patients' Rights // Medicine and Law. 1991. Vol. 10. P. 79.

²⁹ Gignon M. Finding a Balance between Patients' Rights, Responsibilities and Obligations // Medicine and Law. 2013. Vol. 32, Issue 3. P. 326.

³⁰ Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 №14-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 29.01.1996. №5. Ст. 410.

³¹ Решение Сестрорецкого районного судат. Санкт-Петербурга от об.12.2018 по делу №2-120/2018. URL: https://xn--90afdbaavobdıafy6eub5d.xn--pıai/39466253?ysclid=la w9eqvkqw497119313 (дата обращения: 19.04.2022).

³² Решение Красногвардейского районного суда г. Санкт-Петербурга от 21.05.2019 по делу №2-190/2019. URL: https://goo.su/jDWfs (дата обращения: 9.04.2022).

могут отказывать или частично отказывать в удовлетворении исковых требований пациентов. В свою очередь, анализ правоприменительной практики показал, что суды редко ссылаются на данную статью в спорах между медицинскими организациями и пациентами^{33, 34}. Напротив, суды широко применяют п. 2 ст. 10 ГК РФ в целях обоснования отказа в удовлетворении требований пациентов, которые не соблюдали установленный режим лечения и не посещали врача, в полном объеме^{35, 36}.

Анализ правоприменительной практики показал, что медицинской организации в суде сложно доказать факты несоблюдения пациентом рекомендаций врача, бесконтрольного приема лекарственных препаратов, несоблюдения диеты и самолечения37. Для фиксации данных обстоятельств врачу необходимо включать всю информацию, полученную от пациента, в медицинскую карту пациента, проводить опрос пациента о соблюдении выданных рекомендаций, так как записи в медицинской документации могут быть приняты судом как доказательства ненадлежащего поведения пациента. В свою очередь, так как доказательство ненадлежащего поведения — медицинская карта, предоставляется в суд ответчиком-медицинской организацией, некоторые суды не принимают ее во внимание³⁸.

Соответственно, у медицинской организации отсутствуют механизмы, которые

позволили бы доказать недобросовестное поведение пациента по отношению к лечебному процессу. Единственное, чем фактически может оперировать медицинская организация, делая соответствующее заявление, — аргументом о непосещении пациентом медицинской организации в назначенный срок.

Таким образом, поведение пациента в рамках лечебного процесса может быть учтено судами при решении вопроса о наличии оснований для удовлетворения требований пациента к медицинской организации о возмещении вреда, причиненного оказанием некачественной медицинской помощи.

Анализ судебной практики позволил выявить следующие стандарты поведения пациента:

- *1)* регулярное обращение к врачу при наличии хронического заболевания;
- 2) выполнение рекомендаций врача, в том числе в части приема лекарственных средств и соблюдения диеты;
- 3) отсутствие самолечения и произвольной замены назначенных лекарственных средств;
- 4) повторное посещение врача после первичного приема.

Соблюдение пациентом стандартов поведения показывает его осознанный подход к процессу лечения, что не исключает возможность для пациента совместно с врачом корректировать план лечения или заявить информированный отказ от медицинского вмешательства.

На основании изложенного можно резюмировать, что юридическая ответственность пациентов в Российской Федерации в виде санкций со стороны публичных органов власти наступает в случаях, когда неисполнение установленных обязанностей в сфере охраны здоровья влечет за собой возникновение угрозы для здоровья окружающих. В остальных случаях ответственность носит позитивный характер и заключается в осознанном понимании важности заботы о своем здоровье.

Действующее правовое регулирование вопроса о возможности привлечения пациента к юридической ответственности

³³ Решение Лукояновского районного суда Нижегородской обл. от 20.02.2018 по делу №2-3/2018. URL: https://goo.su/oanS77K (дата обращения: 19.04.2022).

³⁴ Решение Зеленоградского районного суда Калининградской обл. от о8.о6.2018 по делу №2032/2018. URL: https://goo.su/rZlc8 (дата обращения: 19.04.2022).

³⁵ Решение Одинцовского городского суда Московской обл. от 10.07.2019 по делу №2-5130/2019. URL: https://goo.su/Obg9KOp (дата обращения: 19.04.2022).

³⁶ Решение Кировского районного суда г. Санкт-Петербурга от 23.01.2020 по делу №2-1/2020. URL: https://goo.su/pzTz9y (дата обращения: 19.04.2022).

³⁷ Решение Красногвардейского районного суда г. Санкт-Петербурга от 21.05.2019 по делу №2-190/2019. URL: https://goo.su/JUIIPY3 (дата обращения: 9.04.2022).

³⁸ Решение Ленинградского районного суда г. Калининграда от 08.07.2019 по делу №2-287/2019. URL: https://goo.su/luPd (дата обращения: 19.04.2022).

за неисполнение обязанностей в сфере охраны здоровья соответствует принципу приоритета автономии личности, однако вызывает дисбаланс в отношениях между врачом и пациентом. Указанный дисбаланс выражается в повышенной юридической ответственности врача за жизнь и здоровье пациента, отсутствии обязанностей пациента, корреспондирующих правам медицинских работников, и влечет за собой

установление патерналистских отношений между участниками лечебного процесса. Проблема взаимоотношений пациента и врача находится в плоскости медицинской этики и биоэтики, а решение ее видится как в повышении уровня просвещенности населения по вопросам сохранения здоровья, так и в сокращении административной нагрузки на врача и предоставлении ему возможности вести диалог с пациентом.

Об авторе:

Ревазова Екатерина Алексеевна — аспирант кафедры конституционного права Санкт-Петербургского государственного университета, ведущий юрисконсульт Октябрьской дирекции здравоохранения — структурного подразделения Центральной дирекции здравоохранения — филиала ОАО «РЖД», Санкт-Петербург, earevazova@gmail.com

Ekaterina Alekseevna Revazova—postgraduate student of the Department of Constitutional Law, St. Petersburg State University, Leading Legal Adviser, Oktyabrskaya Directorate of Healthcare—structural subdivision of the Central Directorate of Healthcare—branch of JSC Russian Railways, St. Petersburg

© Ревазова Е.А., 2022

Для цитирования:

Ревазова Е.А. Юридическая ответственность пациентов в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 50-56.

For citation:

Revazova E.A. Legal responsibility of patients in the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. №1-2 (15-16). P. 50-56.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 29.04.2022

Смирнова В.И., Харитонова В.А., Коптева Л.Н.

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. РАЗВИТИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ЭКСТРЕМИЗМА НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

К настоящему времени медицинские организации, деятельность которых в последние годы становится более регламентированной за счёт принятия новых нормативно-правовых актов, всё чаще сталкиваются с некорректным поведением пациентов, стремящихся к получению выгоды незаконным путем под предлогом возмещения ущерба, причиненного им якобы при оказании медицинской помощи. Это явление принято называть потребительским, а точнее «пациентским экстремизмом».

В данной статье рассмотрены основные предпосылки, приводящие к развитию данного явления, а также представлены рекомендации для МО, которые могут позволить им обезопасить свою деятельность в отношении такого негативного пациентского поведения.

Объектом исследования являются права, обязанности пациента и МО, а также их правовое регулирование при возникновении гражданско-правовых взаимоотношений.

Цель исследования явилось изучение особенностей «пациентского экстремизма» и выявление проблем в законодательстве, способствующих его развитию.

Ключевые слова: медицинское право, медицинская услуга, права и обязанности пациента, пациентский экстремизм

Vera Smirnova, Vera Kharitonova, Larisa Kopteva

CIVIL LAW RELATIONS IN MODERN MEDICINE. THE DEVELOPMENT OF CONSUMER EXTREMISM IN THE MEDICAL SERVICES MARKET

To date, medical organizations, whose activities have become more regulated in recent years due to the adoption of new regulatory legal acts, are increasingly faced with incorrect behavior of patients seeking to obtain benefits illegally under the pretext of compensation for damage caused to them, allegedly, during the provision of medical care. This phenomenon is commonly called consumer, or rather «patient extremism».

This article examines the main prerequisites that led to the development of this phenomenon, as well as provides recommendations for the MO that will allow them to secure their activities in relation to such negative patient behavior.

The object of the study is the rights, obligations of the patient and the Ministry of Health, as well as their legal regulation in the event of civil law relations.

The purpose of the study was to study the features of «patient extremism» and identify problems in legislation that contribute to its development.

Keywords: medical law, medical service, rights and obligations of the patient, patient extremism

На VI Международном саммите MIR «Менеджмент в диагностике» были представлены статистические данные: с 1.01.2016 г. по 1.01.2019 г. в суды общей юрисдикции поступило 10 737 гражданских дел о защите прав потребителей в сфере медицинских услуг (далее, МУ). Была отмечена тенденция к увеличению таких исков, минимум на 15% каждый последующий год. При этом в более чем 60% всех гражданских исков прослеживался явный «потребительский экстремизм».

Под «потребительским (пациентским) экстремизмом» понимаются неправомерные действия пациентов, выступающих в качестве потребителя МУ, направленные на необоснованное извлечение выгоды при получении медицинской помощи (далее, МП).

Основаниями исков пациентов-экстремистов к медицинским организациям (далее, МО), в частности, являются:

Причинение вреда жизни и здоровья, вследствие некачественного оказания МП (в основном, речь идет об осложнениях после проведенных медицинских вмешательств (далее, МВ);

- · недостаточное и неполное информирование о проведении МУ;
- · недостижение ожидаемого результата от MB;
- подписание договора под давлением сотрудника МО.

Предметами иска являются:

- признания договора недействительным:
- расторжение договора, и, как следствие, компенсация материального и морального ущерба.

Целью выполненного нами анализа явилось стремление выяснения причин и предпосылок, оказывающих влияние на формирование и развитие этого явления, набирающего популярность в пациентском сообществе. В ходе его проведения нами были исследованы нормативно-правовые акты (далее, НПА), регулирующие правоотношения, возникающие при оказании МУ и судебная практика, что позволило выявить некоторые особенности правового регулирования.

Деятельность МО и медицинского персонала регулируется значительным количеством НПА, предусматривающих, по преимуществу, обязанности и запреты (ст. 70, ст. 73, ст. 79 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» [2]).

За пациентами же закреплены, по преимуществу, права (гл. 4 ФЗ №323), и лишь одна статья посвящена обязанностям пациента (ст. 27 ФЗ №323).

Таким образом, законодатель исходит из того, что права для пациента — это, прежде всего, возможности защиты его интересов, а для медицинских работников права пациента — это, прежде всего, должностные и профессиональные обязанности, что само по себе обосновано и справедливо.

В рамках действующей концепции организации здравоохранения в России, МУ рассматриваются в качестве товара, и, соответственно, связанные с ними правовые отношения регулируются Гражданским кодексом РФ (далее, ГК РФ) [1], в которых пациент выступает в роли заказчика, а МО и её сотрудники — исполнителя. Кроме того, в рамках принятой модели, пациент, являющийся также и потребителем, может обращаться к Закону РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» [3]. Соответственно, в рамках этих правоотношений МО и медицинские работники находятся с пациентами в системе отношений исполнитель — потребитель, что подтверждается, в частности, следующими НПА: ст. 15, ст. 151, ст. 1085, ст. 1100 ГК, ст. 10, ст. 17 ФЗ №2300-1 «О защите прав потребителей».

Существующее положение вещей, основанное на представлениях о доброй воле сторон, пациенты, занимающие позицию потребительского экстремизма, стремятся использовать в корыстных целях. Для этого они пытаются любые события, в которых присутствуют какие-либо формальные несоответствия, признаки причинения неудобства, вреда здоровью, смерти, использовать для предъявления медицинской стороне имущественных претензий. При этом игнорируются все возможные факторы, которые могут свидетельствовать об отсутствии оснований для предъявления каких-либо претензий — например, дей-

ствующие порядки и стандарты оказания медицинской помощи, причинно-следственные отношения, действия в условиях крайней необходимости и многие другие.

В качестве одного из инструментов недобросовестные пациенты могут использовать указание на якобы имеющее место некачественное оказание им МП, требуя компенсации материального и морального вреда (ст. 1085, ст. 115, 1099 ГК). Для анализа их действий в этих случаях следует рассмотреть определение «качество МП». Так, ст. 4 ФЗ №2300-1 предусматривает обязанность исполнителя оказывать услугу, качество которой соответствует договору. Если в договоре отсутствуют условия о качестве, то необходимо ссылаться на общепринятые требования к данному виду оказания услуги. Согласно ч. 21 ст. 2 ФЗ №323, под качеством МП (МУ) понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания МП, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и степень достижения запланированного результата. При этом в законе нет четких критериев оценки качества медицинской деятельности.

Под своевременностью оказания МП понимается время начала её оказания, соответствующее действующим НПА, с момента обращения пациента в МО. Выбор методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации должен соответствовать стандартам оказания МП, порядкам МП, клиническим рекомендациям (ст. 37 ФЗ-323). Результат же МУ — это, в значительной степени, субъективный показатель, оцениваемый заказчиком (пациентом) на основании личных ощущений, что даёт им возможность, при отсутствии других дефектов оказания МП, ссылаться именно на этот критерий качества. К тому же ст. 29 ФЗ №2300-1 устанавливает, что пациент может требовать не только оказания МП надлежащего качества, но и результата оказания услуги.

К специфике оказания МП относится возможность причинения планируемого вреда пациенту при проведении диагностических и (или) лечебных мероприятий, будь то лекарственная терапия или хирур-

гическое вмешательство [6]. Соответственно, в процессе оказания МП медицинские работники постоянно находятся в ситуации обоснованного риска, когда по тем или иным причинам может наступить неблагоприятный исход медицинского вмешательства [5]. Однако проблема состоит в том, что в действующих НПА это важное обстоятельство должным образом не учитывается, не представлено, что неминуемо создаёт значительные юридические риски как для МО, так и для медицинских работников.

На практике лишь десятая часть дел с применением «пациентского экстремизма» доходит до суда. Большая их часть, как правило, урегулируется в досудебном порядке с удовлетворением требований в том или ином объёме и форме. При этом наиболее уязвимое положение занимают коммерческие МО, что вполне объяснимо, поскольку им не выгодно, чтобы дело получало огласку, формируя отрицательную репутацию. Большинство частных клиник предпочитает принимать претензии пациентов-экстремистов, несмотря на их необоснованность и компенсировать требования в рамках процедур согласования.

К сожалению, по мере коммерциализации здравоохранения, наблюдается и рост «пациентского экстремизма». В этих условиях МО вынуждены предпринимать меры по защите от необоснованных претензий.

К числу основных действий, которые должны предпринимать МО с целью противодействия «потребительскому (пациентскому) экстремизму» можно отнести следующие:

- 1. Юридически грамотное составление договоров (публичные договоры, ст. 426 ГК РФ) на оказания МУ, в которых должны тщательно фиксироваться основания заключения, права и обязанности сторон. Целесообразно также включать элементы, присущие договорам присоединения (ст. 428 ГК РФ), которые позволяли бы прописывать особые условия, не регламентированные действующими НПА.
- 2. Тщательное ведения медицинской документации, в которой лечащий врач поэтапно должен описывать весь ход оказания медицинской помощи пациенту.

- 3. Обязательное соблюдение всех требований в отношении получения и документарной фиксации информированного добровольного согласия пациента. Готовность врача по просьбе пациента предоставлять ему необходимые разъяснения, связанные с оказанием медицинской помощи.
- 4. Наиболее сложные и ответственные этапы оказания медицинской помощи могут фиксироваться также при помощи видео- и фотосъемки, при условии соответствующего юридического оформления.

В соответствии с требованиями действующего законодательства, практически вся ответственность за здоровье граждан возлагается на систему здравоохранения, однако при этом в нём отсутствует система юридической защиты медицинских работников [4]. Это требует обязательного принятия решений, направленных на изменение законодательства. Могло бы быть целесообразным рассмотрение следующих новелл:

- включение в ГК РФ главы, регулирующей гражданско-правовые отношения, возникающие при осуществлении медицинской деятельности;
- принятие Закона о защите прав пациентов, который бы учитывал всю специфику медицинской деятельности.

Список литературы:

- *1*. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) 30 ноября 1994 года №51-ФЗ // URL: https://base.garant.ru/10164072// (дата обращения: 21.05.2022).
- 2. Федеральный закон РФ №323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: https://base.garant.ru/12191967/ (дата обращения: 21.05.2022).
- 3. Федеральный закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» // URL: https://base.garant.ru/10106035/ (дата обращения: 21.05.2022).
- 4. Доклад Федеральной антимонопольной службы о проблемах государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности 2015. [электронный ресурс] // URL: http:// udmurtia.fas.gov.ru/analytic/16511 (дата обращения: 21.05.2022).
- 5. Медицинское право: Учебное пособие. [Электронное издание] / К.В. Егоров, А.С. Булнина, Г.Х. Гараева и др. М.: Статут, 2019.
- 6. Белянинова Ю.В., Гусева Т.С., Захарова Н.А., Савина Л.В., Соколова Н.А., Хлистун Ю.В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: https://base.garant.ru/57569276/ (дата обращения: 21.05.2022).

Об авторах:

Смирнова Вера Игоревна — ординатор 2-го года обучения кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО Приволжского исследовательского медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент, Нижний Новгород

Харитонова Вера Александровна — ординатор 2-го года обучения кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО Приволжского исследовательского медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент, Нижний Новгород

Коптева Лариса Николаевна — доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО, доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения Приволжского исследовательского медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент, Нижний Новгород, lara.kopteva@yandex.ru

Медицинское право: теория и практика

Vera Igorevna Smirnova — resident of the 2nd year of study of the Department of Public Health and Public Health of the FDPO of the Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod

Vera Alexandrovna Kharitonova — resident of the 2nd year of study of the Department of Public Health and Public Health of the FDPO of the Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod

Larisa Nikolaevna Kopteva — Associate Professor of the Department of Public Health and Public Health of the FDPO, Associate Professor of the Department of Social Medicine and Health Organization of the Volga Research Medical University, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Nizhny Novgorod

© Смирнова В.И., Харитонова В.А., Коптева Л.Н., 2022

Для цитирования:

Смирнова В.И., Харитонова В.А., Коптева Л.Н. Гражданско-правовые отношения в современной медицине. Развитие потребительского экстремизма на рынке медицинских услуг // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 57-61.

For citation:

Smirnova V.I., Kharitonova V.A., Kopteva L.N. Civil-legal relations in modern medicine. The development of consumer extremism in the medical services market // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. №1-2 (15-16). P. 57-61.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов The authors declare no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 25.05.2022

Соболева М.Е.

ПРОБЛЕМА КОНФЛИКТНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В статье рассматриваются вопросы влияния христианства на понимание, преемственность деятельности врача и иных медицинских работников, как на служение. Одновременно констатируется наличие конфликта в системе «врач-пациент» и определяется роль профессионального сообщества в регулирование этико-деонтологических основ медицинской деятельности в рамках реализации положений Этического кодекса врача. Анализируются проблемы в сфере образования и необходимость формирования правовой грамотности медицинского сообщества в современных реалиях.

Ключевые слова: конфликт, этические комиссии, преемственность опыта в системе образования

Marya Soboleva

THE PROBLEM OF CONFLICT IN HEALTHCARE

The article examines the issues of the influence of Christianity on the understanding, continuity of the activities of a doctor and other medical workers as a ministry. At the same time, the presence of a conflict in the doctor-patient system is stated and the role of the professional community in regulating the ethical and deontological foundations of medical activity within the framework of implementing the provisions of the Doctor's Code of Ethics is determined. The problems in the field of education and the need for the formation of legal literacy of the medical community in modern realities are analyzed.

Keywords: conflict, ethical commissions, continuity of experience in the education system

Дело врача есть дело служения, а не дело дохода

И.И. Ильин

Человек — существо социальное, сферы применения им полученных и получаемых знаний и опыта разнообразны. Врач — это особая личность, которая направляет свои душевные и физические силы к человеку. Отношение к пациенту, выражается в понимании болящего, его сомнений, волнений, страха, возникающих на фоне заболевания. Врачебная деятельность и статус медицинского работника требует набора определенных качеств для служения. Личностные качества врача играют важную роль в формировании взаимодействия в профессиональном сообществе и наличия высокой культуры в отношениях с болящими. Врач — человек, осуществляющий

служение и словом, и делом. Сменяются века и поколения, но исключительность врачевания остается, как вектор сохранения и спасения жизни. Основываясь на исторических фактах, можно говорить, что в России, большую роль в формировании этических форм регулирования медицины, играло христианство. Развитие и внедрение в обучение основ этики и деонтологии, также берут свое содержательное начало в христианстве.

Ценностное влияние христианства на медицину в России определяется зарождением и оформлением особых этических воззрений, ставших неотъемлемой особенностью русского врача. По сути, отече-

ственная медицинская этика берет начало в монастырских лечебницах. Основными нравственными принципами российской медицины стали служение и любовь к человеку, жертвенность, бескорыстие и самоотверженность. Святые врачи — это идеал врача, верного долгу заботы о своем пациенте. В XX в. это св. Страстотерпец Евгений (Боткин) и Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Еще одна особенность отечественной медицины — понимание, что человек не ограничивается социально-биологическими функциями, но нуждается и в духовной поддержке: «врач и пациент суть духовные существа», которые побуждают современных врачей к поиску морально-этических оснований своей деятельности в традиционной и православной культуре. Таким образом, православие сыграло ключевую роль в формировании организованной медицинской помощи населению (создание больниц, введение среднего медицинского персонала в лечебные учреждения) и врачебной этики медицины России [6].

Необходимо отметить, что морально-этическая форма регулирования в сфере медицинской деятельности служит своеобразным ориентиром, формирующим профессиональное и общечеловеческое мировоззрение медицинских работников на принципах: гуманизма; соблюдения определенных правил (стандартов) оказания медицинской помощи; взаимного уважения в отношениях с коллегами, пациентами, родственниками пациентов [4].

Основы особых мотивов и целей работы врача, профессиональное сообщество разрабатывает и закрепляет правила поведения, организации работы коллектива медицинской организации путем принятия Этических кодексов. Так, в России, наряду с другими этическим кодексами, действует Этический кодекс православного врача.

Православный врач осознает, что его служение непосредственно связано с вопросами, от решения которых зависит доверие общества к врачебному сообществу, стабильность моральных отношений в обществе, безопасность человеческой жизни (п. 5.2. Кодекса). Деятельность православного врача определяется христианской

этикой и действующим законодательством страны. В случаях, когда законодательство вступает в противоречие с христианскими моральными принципами, врачи должны действовать таким образом, чтобы изменить закон, так как традиционные моральные ценности профессиональной этики, непосредственно связанные с христианской моралью, значительнее, чем принимаемые действующими законодателями правовые нормы. В обществе, существование которого регулируется нравственной государственной политикой, закон и мораль не должны противоречить друг другу (п. 5.3. Кодекса) [8].

Деятельность врача, это целеполагание на борьбу с разобщением в обществе, росту конформности в поведении, стремлении встраивания достижений науки в канву «НЕ НАВРЕДИ».

Медицинская деятельность относится к рисковым, так как воздействует на специфический, нематериальный объект — здоровье.

Врачебная деятельность сопряжена с возможностью ошибиться в силу многих оснований. Но социальная установка профессии врача на служение человеку и целевое моральное обязательство «не навредить» призваны блокировать возможность сознательного причинения вреда и создавать благоприятные условия для прощения, даже за допущенные ошибки [5].

Таким образом, зрелое отношений людей к себе и к деятельности других лиц может свидетельствовать о развитии зрелого общества, строящего взаимодействие посредством консенсуса сферы правового регулирования и этических норм.

Например, многие медицинские организации создают Этические комиссии, которые призваны разрешать возникающие конфликты в сфере здравоохранения, в том числе в системе «врач-пациент».

В Положении «О Комиссии по медицинской этике и деонтологии ГУЗ «Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени Героя Российской Федерации Мак-

симчука В.М.» представлены следующие задачи деятельности Комиссии:

- пропаганда и соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии и сохранение профессионального авторитета медицинских работников, а также содействие в создании условий, достаточных для соблюдения принципов медицинской этики;
- рассмотрение конфликтных ситуаций, относящихся к сфере профессиональной этики медицинских работников, в том числе конфликтов между медицинским работником и пациентом, а также между самими медицинскими работниками;
- · защита прав медицинского работника и пациента, иных работников (п. 2.3.)

По результатам рассмотрения Этическая комиссия может вынести одно из следующих решений:

- в действиях медицинского работника нарушений норм профессиональной этики и деонтологии не выявлено;
- указать медицинскому работнику на допущенное нарушение и предупредить о недопустимости впредь нарушений профессиональной этики и деонтологии:
- объявить общественное порицание;
- рекомендовать руководителю Учреждения принять к нарушителю меры дисциплинарного взыскания;
- направить в правоохранительные органы сообщение при выявлении признаков административного правонарушения или уголовно наказуемого деяния;
- рекомендовать руководителю Учреждения провести конкретные мероприятия, направленные на внедрение корпоративной культуры, в том числе на улучшение кадрового состава работников;
- рекомендовать руководителю Учреждения выбрать направления по обучению и переобучению работников учреждения;
- рекомендовать руководителю Учреждения определить меры, направленные на улучшение качества оказания медицинской помощи (п. 3.6.) [7].

Целевой направленностью работы Этической комиссии Красноярского краевого

клинического Центра охраны материнства и детства (КГБУЗ КККЦОМД) является:

- популяризация среди работников больницы этических принципов профессиональной деятельности;
- рассмотрение ситуаций, связанных с неэтичным поведением коллег, под которым понимается нарушение морально-этических норм и правил поведения, предусмотренных Кодексом корпоративной этики КГБУЗ КККЦОМД;
- защита коллег от неэтичного поведения пациентов (их родственников, законных представителей).

В Положении приведены этические нормы поведения в системах «медицинский работник — пациент». Так, медицинский работник должен быть правдивым и честным. Моральный долг медицинский работника — информировать пациента о его правах. Он обязан уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще [9].

Таким образом, профессиональному медицинскому сообществу предоставляется право внутреннего контроля этико-деонтологической сферы функционирования и деятельности медицинской организации.

Необходимо отметить, что случаи нарушения врачом норм этики и деонтологии разрешаются неоднородно, суды часто применяют положения трудового законодательства (дисциплинарные проступки) или рассматривают нарушение этических норм, не в рамках дисциплинарных проступков, а именно в ключе соответствия поведения положениям этических кодексов.

Пример №1

Оспаривание приказа о привлечении к дисциплинарной ответственности

Обязанность медицинских работников осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством РФ, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, закреплена в ст. 73 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации».

Согласно Кодексу профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации, Москва, 5.10.2012) врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательно, быть готовыми бескорыстно передавать свой опыт и знания (ст. 43); профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, доброжелательными и определяться защитой интересов больного (ст. 46); врачи обязаны с уважением относиться к медицинскому персоналу и представителям иных профессий, принимающим участие в охране здоровья населения и оказании медицинской помощи (ст. 48).

Одновременно в силу ст. 6 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации.

Из оспариваемого приказа №... от ... следует, что основанием для применения к истцу дисциплинарного взыскания явилось нарушение им правил и принципов врачебной этики и деонтологии.

Между тем, каких-либо доказательств того, что истцом были нарушены указанные выше положения должностной инструкции и правил внутреннего трудового распорядка, ответчиком не представлены, показания свидетелей содержат субъективную оценку поведения истца, тогда как его вина и факт дисциплинарного проступка установлен не были, служебное расследование по факту вменяемого истцу проступка не проводилось, ответчиком также не учтена тяжесть вменяемого истцу проступка, при том, что ответчик обязан доказывать законность применения дисциплинарного взыскания и тяжесть совершенного работником проступка.

Сам приказ о применении дисциплинарного взыскания не содержит указания на проступок, совершенный работником, и материалами дела, а также истцом вменяемых ей фактов нарушения врачебной этики и деонтологии не подтверждается, доказательств, соответствующих требованиям ст. ст. 59, 60, 67 ГПК РФ об их достоверности, относимости, допустимости и достаточности материалы дела не содержат [2].

Пример №2

Оспаривание приказа о привлечении к дисциплинарной ответственности

Принципы этики и деонтологии являются правилами профессиональной деятельности врача, предусматривающими, в частности, обязанность оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями; соблюдением врачебной тайны, правил поведения врача по отношению к своим пациентам и врачей между собой и другие. В соответствии со ст. 192, 193 ТК РФ в приказе о наложении дисциплинарного взыскания должны быть указаны следующие сведения: фамилия, имя, отчество работника; должность работника к которому применяется взыскание; структурное подразделение, где работает работник; проступок, который совершил работник, со ссылками на нарушенные пункты договора или должностной инструкции и на документы, подтверждающие это нарушение; обстоятельства совершения проступка, степень его тяжести и вины работника; вид налагаемого дисциплинарного взыскания (замечание или выговор).

Отсутствие в приказе о привлечении лица к дисциплинарной ответственности указанных выше обстоятельств свидетельствует об отсутствии правовых оснований для квалификации действий работника как дисциплинарного проступка [3].

Врачебная деятельность, ранее носила характер преемственности, передачи опыта от старшего, опытного коллеги более молодому. Согласно высказыванию А.Ф. Билибина «Учиться быть врачом — это значит учиться быть человеком. Медицина для истинного врача, больше, чем профессия — она образ жизни». Важна просветительская роль внутри профессионального сообщества. Как указано ранее, православие в медицине также способствует единению врачей между собой.

С 2015 г. в ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» работает «Общество православных студентов-медиков». С 2018 г. совместно со Смоленской епархией реализуется международный грантовый проект «Жемчужное ожерелье Святой Руси» при поддержке Фонда Президентских грантов. Студенты общества принимают активное участие в работе форумов, круглых столов, паломнических поездок, благотворительных акциях [1]. В Российской Федерации действуют и иные общества православных врачей, например, Общество православных врачей Санкт-Петербурга имени святого Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Крымского (http://www.opvspb.ru/society/).

Принятие решения стать врачом является показателем личностной целостности, личной вовлеченности и наличия нравственного компонента готовности помогать, учитывая возможность реализации негативных последствий в виде применения мер ответственности (дисциплинарной, гражданско-правовой, административной и уголовной). Перечисленное влечет за собой необходимость совершенствования доктрины медицинского образования и дальнейшего развития в программах обучения дисциплины «Медицинское право», так как врачу необходимо понимать границы своих обязанностей и гарантированности своих прав при выполнении должностных обязанностей, что реализуется, например, следующими кафедрами:

Кафедра медицинского права Сеченовского Университета (https://www.sechenov.ru/univers/structure/institute/institut-sotsiologii-i-psikhologii/podrazdeleniya-institut-sotsiologii-i-psikhologii/kafedry-isp/kafedra-meditsinskogo-prava-instituta-spign/)

Кафедра медицинского права, общественного здоровья и управления здравоохранением Российской медицинской академии непрерывного медицинского образования (https://rmapo.ru/sveden/struct/dekanat-profmed/healthcare/193-kafedra-medicinskogo-prava-obschestvennogo-zdorovya-i-upravleniya-zdravoohraneniem.html)

Кафедра судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (https://www.msmsu.ru/obrazovanie/student/studentu/facultet-cafedra/lechebnyy_fakultet/kafedrasudebnoy-meditsiny-i-meditsinskogo-prava/about/)

Кафедра Медицинского права, социологии и философии Института подготовки кадров высшей квалификации и профессионального образования ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (https://edu.bakulev.ru/about/structure/ medpravo/asp/)

Кафедра медицинского права Алтайского государственного медицинского университета (https://www.asmu.ru/strukturaagmu/institutes/institut-ozdprofmed/kafedra-meditsinskogo-prava/)

Кафедра Медицинского права и биоэтики Самарского государственного медицинского университета (https://samsmu.ru/chairs/medlaw/).

Необходимо отметить, важность реализации права врача, как должностного лица на восстановление чести и достоинства, в случае нарушения его прав в данной сфере (компенсация морального вреда в рамках гражданского производства), так как пациенты, такие же люди, и могут также нарушать этические нормы поведения, так и в случае уголовного преследования, иметь возможность на компенсацию морального вреда в рамках уголовного преследования при наличии реабилитирующих оснований.

Конфликтность в сфере здравоохранения будет существовать, как противопоставления боли, страха и отчаяния со стороны пациента и знанию, опыту, профессиональной рефлексии врача. Необходимо находить консенсус и сглаживать острые углы противоречий путем развития и совершенствования системы образования, формирования кадрового потенциала, развития внутреннего контроля медицинского сообщества в области соблюдения деонтологических правил, роста досудебного урегулирования конфликтных ситуаций и исполнения принятых решений.

Список литературы:

- *I.* Воспитательная деятельность. URL: http://smolgmu.ru/sotsialnaya-politika/vospitatelnaya-deyatelnost/ (дата обращения 01.06.2022).
- 2. Дело №2-2403/2021 (Решение от 09.06.2021 г.). URL: https://xn--90afdbaavobd1afy6eub5d. xn--p1ai/58320081 (дата обращения 01.06.2022).
- 3. Дело №2-4192/2016 (Решение от 27.07.2016г.), режим доступа https://sudact.ru/regular/doc/HO57WFjlONZH/ (дата обращения 01.06.2022).
- 4. Максимов И.Л. Созинов А.С. Осведомленность медицинских работников по этико-правовым вопросам медицинской практики. Медицинское право №2. 2010. С. 3-6.
- 5. Парсуна номера, фрагменты «парсуны» доктора медицинских наук Олега Аполихина. Фома, православный журнал №10 (234), октябрь 2022, с. 11.
- 6. Поповкина Г.С. Вклад православия в становление социального института здравоохранения в России // Вестник Томского государственного университета. 2022. №474. С. 209-216. doi: 10.17223/15617793/474/24, с. 214.
- 7. Положение «О Комиссии по медицинской этике и деонтологии ГУЗ «УОКМЦ ОПЛ-ПРВ и ПП им. Максимчука В.М.». URL: https://ulcpp.ru/wp-content/uploads/2020/03/eticheskaya-komissiya.pdf (дата обращения 01.06.2022).
- 8. Этический кодекс православного врача. URL: https://pandia.org/text/78/032/9613.php (дата обращения 01.06.2022).
- 9. Этическая комиссия. URL: https://pericentr.ru/ethics/ (дата обращения 01.06.2022).

Об авторе:

Соболева Мария Евгеньевна — ведущий юрисконсульт Общества с ограниченной ответственностью «МедБизнесСервис», Москва, soboleva-m@mail.ru

Maria Evgenievna Soboleva — Leading Legal Adviser of the Limited Liability Company «Medbusinesservice», Moscow

© Соболева М.Е., 2022

Для цитирования:

Соболева М.Е. Проблема конфликтности в здравоохранении // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 62-67.

For citation:

Soboleva M.E. The problem of conflict in healthcare // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. №1-2 (15-16). P. 62-67.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 19.06.2022

Соколова М.А.

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК НАДОТРАСЛЬ ПРАВА

В статье рассмотрены подходы к пониманию медицинского права (как подотрасли права социального обеспечения; как отрасли законодательства; как самостоятельной комплексной отрасли права), выявлены недостатки каждого из них. Высказана позиция, что медицинское право является надотраслью права, так как регулирует социально значимую сферу общественной жизни — разноплановую деятельность различных субъектов, направленную на достижение единой цели — оказание каждому качественной медицинской помощи. Выделены и раскрыты два блока общественных отношений, входящих в предмет этой надотрасли — основной (отношения, касающиеся оказания медицинской помощи) и вспомогательный (отношения, обеспечивающие качественную реализацию отношений основного блока через создание соответствующих условий). Обозначены основные принципы медицинского права.

Ключевые слова: медицинское право, отрасль, подотрасль, надотрасль, предмет медицинского права, принципы медицинского права

Mariya Sokolova

MEDICAL LAW AS A SUPRA-BRANCH OF LAW

The article discusses the approaches to understanding medical law (as a sub-branch of social security law; as a branch of legislation; as an independent complex branch of law), the imperfections of each of them are identified. The author expressed the position that medical law is a super-branch of law, because it regulates a socially important sphere of public life, which is a multidimensional activity of different subjects for achieving a single goal — providing everyone with quality medical care. There are two blocks of social relations which are included in the subject of this super-branch — the main (relations related to the provision of medical care) and auxiliary (relations that ensure the qualitative implementation of the main block through the creation of various necessary conditions). The main principles of medical law are outlined.

Keywords: medical law, branch, sub-branch, supra-branch, the subject of medical law, principles of medical law

Медицинская деятельность является одним из важных видов деятельности, нуждающемся в правовом регулировании. Право на охрану здоровья гарантировано каждому статьёй 41 Конституции Российской Федерации¹, принят Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»²,

существуют ведомственные нормативные правовые акты. Важность качественной системной регламентации медицинской деятельности очевидна, однако данная сфера общественных отношений до сих пор не кодифицирована. В юридической науке до сих пор ведутся дискуссии — какова природа медицинского права — чем оно является? Отраслью или подотраслью? Отраслью права или отраслью законодательства? Приведем краткий аргументированный обзор различных позиций.

Медицинское право — подотрасль права социального обеспечения. Такая точка зрения существует в литературе, однако

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) // URL: https://base.garant.ru/10103000/ (дата обращения: 20.03.2022).

² Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 23.11.2011. №263.

аргументов в пользу нее, как правило, не приводится [1, с. 247]. Фактически предмет отрасли права социального обеспечения составляют общественные отношения между органами социального обеспечения и гражданами по поводу предоставления последним денежных выплат, а также социальных услуг в случае и в порядке, предусмотренными законом. На первый взгляд, под социальными услугами можно понимать и медицинские услуги, однако необходимо внести некоторые уточнения.

Во-первых, социальные услуги, равно как и денежные выплаты, предоставляются не всем, а только социально незащищенным категориям населения, например, инвалидам, пенсионерам, многодетным и т.д., а право на медицинскую помощь гарантировано абсолютно всем.

Во-вторых, понятие «социальная услуга», исходя из лексического значения этого слова, а также согласно нормам действующего законодательства, не тождественно понятию «медицинская услуга». Под социальной услугой в ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения» понимаются «действия социальной службы, заключающиеся в оказании социальной помощи клиенту для преодоления им трудной жизненной ситуации»³. Статья 20 Федерального закона от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» содержит перечень социальных услуг4. В нем наряду с иными упоминаются социально-медицинские услуги, однако вновь применительно лишь к социально незащищенным категориям. Кроме этого, под ними понимаются не действия по диагностике и лечению заболеваний, а мероприятия по уходу, оздоровлению, наблюдению за состоянием здоровья социально незащищенного члена общества.

В-третьих, система социального обслуживания четко определена законом, в нее не входят медицинские учреждения, а также органы государственной власти, ведающие здравоохранением (ст. 5 Федерального закона от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»). Безусловно, организации социального обслуживания тесно взаимодействуют с медицинскими организациями: и те, и другие выполняют социальную функцию, однако существенно отличаются друг от друга. В связи с этим предмет медицинского права ни в коем случае не охватывается предметом права социального обеспечения.

В-четвертых, социальное обеспечение осуществляется из средств фондов, в то время как медицинские услуги могут оказываться и за счет средств самого гражданина.

Некоторые авторы выделяют в качестве межотраслевого комплексного массива социальное право, включая в его состав (наряду с правом социального обеспечения) медицинское и образовательное право [9, с. 9-10]. Мы убеждены, что выделение социального права в качестве самостоятельного образования нецелесообразно, так как это слишком емкое понятие. По сути, сам факт того, что Россия, согласно части 1 статьи 7 Конституции Российской Федерации⁵, является социальным государством, свидетельствует о реализации одной из важнейших его функций — социальной, выраженной в самых разных направлениях и видах деятельности.

Медицинское право — комплексная отрасль законодательства. Суть данного подхода сводится к тому, что нормы законодательства о здравоохранении очень разнородны, относятся к разным отраслям права, однако объединены в единый акт (массив актов) для удобства правоприменения [3, с. 30-32]. Однако комплексная отрасль законодательства не предполагает, во-первых, внутреннего единства норм (за исключением единой функции государства, на реализацию которой они направ-

³ Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения» (утв. Приказом Ростехрегулирования от 30.12.2005 №532-ст) (с изм. вступ. в силу с 01.04.2014) // URL: https://base.garant.ru/12153427/ (дата обращения: 20.03.2022).

⁴ Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ (ред. от 11.06.2021) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 30.12.2013. №295.

⁵ См. Конституция Российской Федерации...

лены), во-вторых, наличия самостоятельного ядра — норм, не входящих ни в одну из существующих отраслей права, которые составляют костяк правового регулирования этой сферы. Наконец, остановимся на третьей позиции, которая во многом содержит контраргументы для второй.

Медицинское право — самостоятельная отрасль права. Данная точка зрения на сегодняшний день является наиболее аргументированной. Ее сторонники (в частности, Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.) отмечают, что медицинское право имеет собственный предмет, метод, потребность в наличии собственных источников, собственный понятийно-категориальный аппарат [4, с. 16-17]. Важно отметить, что предмет данной отрасли права разнороден, в связи с этим исследователи указывают на ее комплексный характер. На наш взгляд, понятие «комплексная отрасль» противоречит логике: суть деления системы права на элементы состоит в их непересечении, в противном случае ценность такого деления отсутствует. Кроме того, возникает много вопросов: каковы границы вторжения одной отрасли в другую в комплексных отраслях права? Что позволяет говорить о такой совокупности норм как об отрасли, если она не имеет собственного предмета, а представляет собой совокупность некоторых частей других отраслей?

В то же время специфичность предмета медицинского права нельзя отрицать. На это указывает ряд исследователей. Наиболее развернутое определение медицинского права формулирует А.А. Рерихт. Он пишет: «Медицинское право есть совокупность правовых норм, регулирующих устройство системы здравоохранения, медицинскую и обеспечивающую ее деятельность, включая права, обязанности и ответственность всех ее участников, а также смежные с медициной области научного знания и виды оказания услуг, релевантные для охраны здоровья» [5, с. 13].

Однако и в этом определении не раскрыты все блоки отношений, регулируемые медицинским правом. На наш взгляд, условно все отношения, охватываемые предметом медицинского права, можно разделить на

два блока — основной и вспомогательный. К основному блоку следует отнести общественные отношения между медицинскими работниками и пациентами, возникающие в связи с оказанием медицинской помощи, сюда же следует отнести отношения, возникающие по поводу проблемных, в частности, биоэтических вопросов медицинского права. Данный блок является основным, так как именно посредством нормативного регулирования этих отношений реализуется назначение медицинского права; гарантируется право каждого на медицинскую помощь. Особенностью основного блока является то, что эти отношения не регулируются ни одной другой отраслью права, представляют собой объемный и значимый массив.

Вспомогательный блок включает в себя множество групп общественных отношений. Они разнородны по содержанию, но все так или иначе направлены на качественную реализацию основной задачи медицины — оказание качественной медицинской помощи, то есть реализацию отношений основного блока. К ним, в частности, следует отнести:

- Административно-управленческие отношения. В эту группу включены отношения по регулированию медицинской деятельности органами государственной власти, в первую очередь, органами исполнительной власти (как общей, так и специальной компетенции); деятельность, связанную с лицензированием медицинской деятельности; контролем и надзором со стороны государства за деятельностью медицинских организаций; реализацию государственных заказов на оказание медицинских услуг; управленческую деятельность внутри медицинской организации.
- Отношения между государством и медицинскими организациями по финансированию здравоохранения. Речь идёт о медицинских организациях государственной и (или) муниципальной системы здравоохранения, финансируемых из средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

- Отношения между субъектами, осуществляющими страхование, и медицинскими организациями. На сегодняшний день финансирование оказания медицинской помощи может осуществляться Фондом обязательного медицинского страхования, страховыми организациями, осуществляющими добровольное медицинское страхование, а также непосредственно лицом, получающим медицинскую помощь. В данном случае речь идет о первых двух вариантах.
- Трудовые отношения между медицинским работником и медицинской организацией.
- Гражданско-правовые отношения между пациентом и медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь за счет средств пациента, между сторонами заключается гражданско-правовой договор оказания платных медицинских услуг.
- Отношения по привлечению медицинского работника и (или) руководителя медицинской организации к юридической ответственности ввиду совершения им противоправных действий.

Многие из вышеперечисленных блоков раскрыты в учебном пособии Лупарева Е.Б., Епифанова Е.В. «Публичное медицинское право» [2, с. 17-32, с. 141-171].

Можно заметить, что все вышеперечисленные блоки общественных отношений входят в предмет других отраслей права. Фактически речь идет об их включении в медицинское право в том объеме, который касается медицинской помощи, медицинской деятельности, так как производный обеспечительный характер этих норм (по отношению к основному блоку) во многом определяет их содержание.

Приведем примеры. При оценке качества оказанной медицинской помощи по гражданско-правовому договору мы будем руководствоваться стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями. Структура государственных медицинских организаций будет обусловлена стоящими перед ними медицинскими задачами, а также появлением новых мето-

дов диагностики и лечения. Например, с развитием радиойодтерапии при лечении заболеваний щитовидной железы в медицинских организациях стали появляться соответствующие структурные подразделения.

Таким образом, происходит взаимодействие отраслей; оно не означает вторжения одной отрасли права в другую, оно лишь показывает то, что есть другая более крупная единица системы права, на уровне которой происходит объединение норм по иному критерию (не по-родовому) и в рамках которой это взаимодействие осуществляется.

В данном случае такой более крупной единицей системы права будет надотрасль права. Приведем аргументы, почему медицинское право является надотраслью права. В первую очередь постараемся кратко пояснить, чем данная позиция отличается от второго подхода — медицинское право как комплексная отрасль законодательства.

Стоит отметить, что в научной литературе до сих пор отсутствует единый подход по поводу соотношения понятий «отрасль права» и «отрасль законодательства». Мы убеждены, что это разные понятия. Применительно к медицинскому праву считаем, что как отрасль законодательства, оно, увы, не сформировано в полном объеме, так как до сих пор отсутствует единый кодифицированный акт, несмотря на масштабность (объем) правового регулирования.

Например, А.Н. Чашин пишет: «Медицинский кодекс должен стать общемедицинским законом, устранить наличные правовые коллизии, вобрать в себя прогрессивные положения медико-отраслевого законодательства, уменьшив тем самым излишний объем необоснованно дублированного нормативного материала» [10, с. 5]. На проблемы правовой регламентации медицинской деятельности обращает внимание и Ю.Д. Сергеев: «...следует признать, что значительную роль в том, что уровень отечественного здравоохранения существенно отстает от мирового, играют несовершенство медицинской законодательной базы, почти полное отсутствие реальных (а не декларативных) правовых механизмов обеспечения охраны здоровья» [6, с. 3].

В то же время медицинскому праву присуще внутреннее единство, что позволяет говорить о том, что это не просто комплексная отрасль законодательства, а надотрасль права. Критерием деления на надотрасли выступает определенная социально значимая сфера общественной жизни, представляющая собой разноплановую деятельность различных субъектов, направленную на достижение конкретной единой цели и вытекающих из нее задач. Медицинская деятельность, которую регулирует медицинское право, и является такой сферой, ее значимость подчеркивается статьей 41 Конституции Российской Федерации⁶, провозглашающей право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, обеспечить которые, прежде всего, должно государство.

Надотрасль имеет «ядро» — базовые общественные отношения, лежащие в основе ее создания. В данном случае это отношения основного блока, рассмотренные выше. Кстати, именно эти отношения некоторые авторы и рассматривают в качестве предмета медицинского права, например, такова позиция С.Г. Стеценко [8, с. 3]. В то же время ограничиваться только этими отношениями неправильно, они не могут существовать вне вспомогательного (рассмо-

тренного выше) блока, так как нуждаются в кадровом, организационном, финансовом и ином обеспечении. Сергеев Ю.Д. пишет: «Авторы значительно сужают круг отношений в сфере здравоохранения, оставляя за его рамками целый ряд смежных правоотношений» [7, с. 5].

Надотрасль, как и отрасль права, имеет собственные принципы-начала, лежащие в основе отношений «ядра». К ним следует отнести принципы качества, своевременности и доступности медицинской помощи, принцип информированности пациента, принцип учета этических аспектов при правовом регулировании проблемных вопросов, например, эвтаназии, трансплантации и других.

Подводя итог, надеемся, что сформулированная нами позиция получит свое развитие в трудах ученых, занимающихся медицинским правом, будет способствовать более тщательному исследованию групп отношений (особенно отношений «ядра»), входящих в предмет этой надотрасли, а также становлению медицинского права как самостоятельной юридической науки (на сегодняшний день данные исследования ведутся в основном в рамках конституционного, административного и гражданского права).

Список литературы:

- 1. Козодаева О.Н. Медицинское право: особенности правового регулирования // Вестник ТГУ. №6. 2011. С. 247-251.
- 2. Лупарев Е.Б., Епифанов Е.В. Публичное медицинское право: учебное пособие. Краснодар, 2021. 191 с.
- 3. Малеина М.Н. Законодательство о здравоохранении в России: современное состояние и перспективы развития // Современное медицинское право в России и за рубежом: сборник научных трудов. М., 2003. С. 19-34.
- 4. Медицинское право России: учебник для бакалавров / отв. ред. А.А. Мохов. М.: Норма, 2017. 336 с.
- 5. Рерихт А.А. Понятие медицинского права и его особенности // Право и государство: теория и практика. 2008. №8. С. 10-14.
- 6. Сергеев Ю.Д. Медицинское право в Российской Федерации // Медицинское право. 2003. №2. С. 3-5.

⁶ См. Конституция Российской Федерации...

Медицинское право: теория и практика

- 7. Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. О теоретических основах и концепции национального медицинского права // Медицинское право. 2003. №3. С. 3-8.
- 8. Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Стеценко В.Ю., Пищита А.Н. Медицинское право: учебник. М, 2011. 334 с.
- 9. Фёдорова М.Ю. Медицинское право: учебное пособие. М.: ВЛАДОС, 2004. 318 с.
- 10. Чашин А.Н. История, состояние и перспективы кодификации медицинского законодательства России // Медицинское право. 2007. №1. С. 3-5.

Об авторе:

Соколова Мария Анатольевна — доцент кафедры конституционного и муниципального права юридического факультета Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского, кандидат юридических наук, Нижний Новгород, ma.sockolowa@yandex.ru

Mariya Anatolyevna Sokolova — assosiate professor at the department of constitutional and municipal law of the faculty of Law Nizhny Novgorod State University named after N.I. Lobachevsky, PhD in Law, Nizhny Novgorod

© Соколова М.А., 2022

Для цитирования:

Соколова М.А. Медицинское право как надотрасль права // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 68-73.

For citation:

Sokolova M.A. Medical law as a supra-branch of law // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. №1-2 (15-16). P. 68-73.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 17.04.2022

Тропина О.Н.

К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ БАЗОВОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

В статье рассматривается проблема межотраслевой коллизии правового регулирования в сфере базовой подготовки медицинских кадров. При реализации института целевого обучения происходит одновременное воздействие административно-правовым и гражданско-правовым методами. В результате указанной неурегулированности государственные учреждения системы здравоохранения недополучают медицинские кадры. Для решения проблемы автор предлагает создать комплексный правовой институт подготовки медицинских кадров в рамках отрасли медицинского права.

Ключевые слова: медицинское образование, высшее образование, система здраво охранения, медицинский работник, целевое обучение, ученический договор, медицинское право, метод правового регулирование, межотраслевое регулирование

Olga Tropina

THE PROBLEMS OF METHODS OF LEGAL REGULATION OF BASIC EDUCATION OF MEDICAL PERSONNEL

This article deals with the problem of intersectoral conflict of legal regulation in the field of basic training of medical personnel. When implementing the institute of targeted training, there is a simultaneous impact of administrative-legal and civil-legal methods. As a result of this lack of regulation, State institutions of the health care system receive less medical personnel. To solve the problem, the author proposes to create a comprehensive legal institute for the training of medical personnel within the branch of medical law.

Keywords: medical education, higher education, healthcare system, medical worker, targeted training, student contract, medical law, method of legal regulation, intersectoral regulation

Обеспечение системы здравоохранения медицинскими работниками — одна из главных составляющих государственной политики, основа реализации принципов общественного здоровья, установленных п. 1, п. 6 ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1]. Очевидно, что без высококвалифицированного медицинского персонала функционирование системы здравоохранения невозможно. Кадровый голод — проблема, которая остро стоит перед отраслью не одно десятилетие. И коренится она, по нашему мнению, прежде всего, в отсутствии четкого правого регулирования системы подготовки медицинских кадров.

Напомним, что статья 82 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее по тексту — Закон №273-ФЗ) предусматривает особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования на всех уровнях и во всех видах профессионального образования [2]. Таким образом, законом выделяется специальное медицинское образование, при этом, подзаконное правовое регулирование данной отраслеориентированной деятельности несистемно, что вносит соответствующие проблемы при реализации института подготовки медицинских кадров.

Очевидно, что медицинское образование, как основа института подготовки медицинских кадров, не может быть отнесено исключительно к образовательным правоотношениям и образовательному праву. При осуществлении правового регулирования подготовки медицинских кадров первичным выступают публично-правовые интересы, а образовательные правоотношения имеют четко обозначенный отраслевой характер. Именно на это указывает выделение Законом №273-ФЗ программ медицинского образования и фармацевтического образования в отдельный вид профессиональных образовательных, имеющих особенности при их реализации.

Принимая во внимание значимость института, логично рассматривать его с позиций административного права. Тем более, что общее регулирование реализации образовательных программ курирует Министерство науки и высшего образования Российской Федерации. А управление системой подготовки медицинских кадров возложено на Министерство здравоохранения Российской Федерации, которое является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим как функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, так и функции по организации среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования [5].

В Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года обозначается нерешенная проблема качества подготовки медицинских работников и дефицит врачей. В число основных задач развития здравоохранения в Российской Федерации входит совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения системы здравоохранения, предусматривающее, в том числе <...> постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников [4].

Государственная политика в сфере непрерывного медицинского и фармацевтического образования проводится на основе

государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами», других федеральных и региональных государственных программ [12]. Одновременно с этим, в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» имеется подпрограмма «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении» [6].

Вопросы регулирования базового (высшего и среднего) профессионального медицинского образования Министерством здравоохранения Российской Федерации в настоящее время решаются с помощью административно-правового метода. По факту налицо элементы централизованной плановой подготовки медицинских кадров. Так, по итогам Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию в 2020 году существенно изменился порядок приема в вузы по программам медицинского образования [13]. Увеличились квоты на целевой набор по медицинским специальностям. Это особенно важно для решения кадровых проблем в отдаленных районах и сельской местности. Квоты на целевой прием формируются по заявкам регионов Российской Федерации, они в свою очередь должны предоставить гарантию трудоустройства, а выпускники обязаны отработать определенный в договоре о целевом обучении срок (не менее трех лет) в организации, которая его направила на обучение. Сегодня по специальности «Лечебное дело» — 70% бюджетных мест являются целевыми, по специальности «Педиатрия» этот показатель — 75%. Ярко демонстрирует возвращение к планово-отраслевой подготовке медицинских работников прием на обучение в ординатуре. В 2022 году по 31 из 78 клинической специальности высшего образования — подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры 100% бюджетных мест являются целевыми [7].

Административно-правовое регулирование также проявляется и в созданной системе образовательных учреждений, ведущих подготовку медицинских кадров.

В настоящее время Министерству здравоохранения Российской Федерации подведомственны 46 образовательных организаций высшего образования, которые находятся в 37 субъектах Российской Федерации, два учреждения дополнительного профессионального образования и три учреждения среднего профессионального образования (далее также — СПО). Сеть учреждений СПО отнесена к ведению субъектов Федерации. Отметим, что с 2013 года, когда Закон №273-ФЗ расширил возможности для диверсификации рынка образовательных услуг, мы не увидели появления конкурентно значимых субъектов, реализующих программы медицинского образования. С правовой точки зрения, образовательные организации, учредителем которых является Министерство здравоохранения Российской Федерации, являются некоммерческими организациями, однако у учредителя присутствуют административные рычаги управления, с опорой на традиции системы подготовки медицинских кадров, сложившиеся в советском периоде.

Несмотря на вышеизложенное, к сожалению, мы не можем уверенно констатировать определенность административно-правового характера правового регулирования медицинского образования. Основной причиной такого вывода является то, что сам по себе институт подготовки медицинских кадров комплексно регулируется Законом №273-ФЗ, который, несмотря на изъятие из текста слов «образовательная услуга», по-прежнему зиждется на принципах гражданско-правового регулирования [3].

Отчасти указанная коллизия в системе подготовки медицинских кадров, как мы продемонстрировали ранее, нивелируется договорами о целевом обучении. В настоящее время законодатель озаботился совершенствованием данного института. Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации одобрила в первом чтении законопроект депутата И.А. Яровой, основная идея которого — сделать систему заключения целевых договоров более прозрачной и контролируемой при их заключении. Для придания публичности

предлагается использовать уже созданный на портале госуслуг суперсервис «Поступление в вуз онлайн», где работодатели смогут размещать свои заявки на подготовку кадров, а абитуриенты будут онлайн заявляться на конкурсное целевое обучение по программам высшего образования, в т.ч., программам ординатуры [9]. Однако основная задача целевого договора — гарантированное обеспечение работодателя квалифицированным работником остается под вопросом в связи с межотраслевой коллизией. Дело в том, что судебная практика приравнивает договор целевого обучения к ученическому договору, что позволяет выпускнику право свободного трудоустройства. Такая практика достаточно обширна. Некоторые ученые склонны рассматривать договор целевого обучения исключительно как ученический договор [11].

Для примера приведем материал из Определения Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 16.09.2021 по делу №88-20017/2021 [8]. Между Министерством здравоохранения субъекта Федерации (далее — Министерство) и К. был заключен договор о целевом обучении, по условиям которого К. обязалась освоить образовательную программу по основной профессиональной образовательной программе ординатуры, после чего трудоустроиться в бюджетное учреждение здравоохранения (далее также — БУЗ) и отработать в данном учреждении не менее 3 лет. В соответствии с условиями договора об обучении в случае неисполнения обязательств по трудоустройству, предусмотренных договором, К. обязана возместить Министерству в течение 1 месяца расходы, связанные с предоставлением ей мер социальной поддержки, а также уплатить штраф в двукратном размере расходов, связанных с предоставлением мер социальной поддержки.

Однако в течение месяца со дня завершения обучения К. трудовой договор с БУЗ не заключила, а расходы, связанные с предоставлением ей мер социальной поддержки, не возвратила. Министерство обратилось в суд с исковым требованием взыскать с К. штраф, связанный с целевым обучением.

Суд первой инстанции исходил из того, что заключенный договор о целевом обучении специалиста в сфере здравоохранения носит гражданско-правовой характер и отношения сторон в связи с этим регулируются положениями гражданского законодательства, поэтому своим решением исковые требования Министерства частично удовлетворил.

Апелляционная инстанция установила, что Министерством был заключен ученический договор, отменила решение суда первой инстанции и приняла новое решение, которым в удовлетворении иска о взыскании штрафа было отказано, поскольку условие договора на обучение о штрафе противоречит трудовому законодательству [10].

Таким образом, при регулировании сферы медицинского образования проявляется не только противоречие административно-правового регулирования ведомственного образования и гражданско-правового регулирования системы образования в целом. (И мы видим, что частично предпринимается попытка нивелирования указанной коллизия целевыми договорами). Однако на этапе реализации обязанность обучающегося по трудоустройству может не подлежать исполнению, так как начинают действовать методы трудового права, которое судебной практикой ставится в приоритет перед гражданско-правовыми нормами.

В целом недоурегулированную базовую подготовку медицинских кадров в настоящее время удерживают в равновесии только традиции организации медицинского образования. Однако с каждым годом становится очевиднее, что этого недостаточно. Кроме того, сложившаяся конъюнктура препятствует эффективной деятельности по управлению в сфере реализации политики по обеспечению здравоохранения высококвалифицированными кадрами.

На наш взгляд, справедливо вернуться к административно-правовым методам ре-

гулирования медицинского образования, что позволит управлять этим процессом. При этом должно произойти значительное расширение полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации в реализации функции по организации профессионального медицинского и фармацевтического образования. С этих позиций целесообразно организовать «закрытую» ведомственную систему с отдельным правовым регулированием. В настоящее время такие системы функционируют при подготовке кадров для военной или приравненной к ней службе, для органов внутренних дел, управления по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Такие ведомственные образовательные системы ограничиваются, как правило, только сферой профессионального образования и предназначены исключительно для воспроизводства кадрового потенциала ведомства и служат для реализации ведомственной политики в сфере подготовки кадров.

Наилучшим вариантом решения вышеуказанной проблемы будет ввести институт подготовки медицинских кадров в отрасль медицинского права. Комплексный характер последней обеспечит выработку соответствующего специального метода правового регулирования указанной сферы. Для системы подготовки медицинских кадров логично разработать специальное отраслевое законодательство и инструментарий, учитывающий специфику и значимость института для общества и государства. Предлагаемый вариант видится нам более логичным для реализации, так как в систему здравоохранения входят частные медицинские организации, которые нуждаются в гражданско-правовых инструментах и возможностях подготовки медицинских работников в своих интересах. Кроме того, указанный вариант оставит возможность получения медицинского образования за счет собственных средств обучающихся.

Список литературы:

- л. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.
- 2. Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ (ред. от 07.10.2022) «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 31.12.2012, №53 (ч. 1), ст. 7598.
- 3. Федеральный закон от 14.07.2022 №295-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 18.07.2022, №29 (часть III), ст. 5262.
- 4. Указ Президента Российской Федерации от об.об.2019 №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства Российской Федерации, 10.06.2019, №23, ст. 2927.
- 5. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 №608 (ред. от 29.09.2022) «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 25.06.2012, №26, ст. 3526.
- 6. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640 (ред. от 10.10.2022) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации, 01.01.2018, №1 (Часть II), ст. 373.
- 7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23.11.2021 №3303-р «О квотах приема на целевое обучение по образовательным программам высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на 2022 год» // Собрание законодательства Российской Федерации, 29.11.2021, №48, ст. 8133.
- 8. Определения Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 16.09.2021 по делу №88-20017/2021 // URL: https://qptr.ru/Vb5N (дата обращения: 21.07.2022).
- 9. Законопроект №122101-8 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» в части совершенствования механизма целевого приема и целевого обучения» // URL: https://sozd.duma.gov.ru/bill/122101-8 (дата обращения: 23.05.2022).
- 10. Комиссарова Т.Ю. Штраф за несоблюдение условий ученического договора незаконен // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2022. №1.
- и. Новикова Н.В. О трудоправовых признаках договора о целевом обучении // Электронное приложение к Российскому юридическому журналу. 2019. №2. С. 34-40.
- 12. Паспорт приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 26.07.2017 №8) // URL: https:// base.garant.ru/71737798/ (дата обращения: 21.05.2022).
- 13. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 15.01.2020 года // URL: http://www.kremlin.ru/events/president/news/62582 (дата обращения: 21.05.2022).

Об авторе:

Тропина Ольга Николаевна — доцент кафедры медицинского права, общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат юридических наук, Ростов-на-Дону, kirill-armavir@ya.ru

Медицинское право: теория и практика

Tropina OlgaNikolaevna — associate professor of the Medical Law, public health and healthcare department, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Rostov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, PhD in Law, Rostov-on-Don

© Тропина О.Н., 2022

Для цитирования:

Тропина О.Н. К вопросу о методах правового регулирования базовой подготовки медицинских кадров // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2022. №1-2 (15-16). С. 74-79.

For citation:

Tropina O.N. The problems of methods of legal regulation of basic education of medical personnel // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2022. N^2 1-2 (15-16). 3. 74-79.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов The author declares no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 19.06.2022

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА ОБРАЩАЕТ ВНИМАНИЕ АВТОРОВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ОФОРМЛЕНИЯ НАПРАВЛЯЕМЫХ В РЕДАКЦИЮ ТРУДОВ, КОТОРЫЕ ДЕТАЛЬНО ПРЕДСТАВЛЕНЫ НА САЙТЕ WWW.MED-LAW.RU

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ

- СТАТЬЯ ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ ПРОФИЛЮ И УРОВНЮ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ЖУРНАЛА. ВСЕ СТАТЬИ ПОДВЕРГАЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ НЕЗАВИСИМОМУ РЕЦЕНЗИРОВАНИЮ СООТВЕТСТВУЮЩИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПО ПРОФИЛЮ РЕЦЕНЗИРУЕМОЙРАБОТЫ. В СЛУЧАЕ ПРИЗНАНИЯ СТАТЬИ НЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ, АВТОРУ НАПРАВЛЯЕТСЯ МОТИВИРОВАННЫЙ ОТКАЗ В ПУБЛИКАЦИИ.
- РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА НЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕДОСТОВЕРНОСТЬ ПУБЛИКУЕМЫХ ДАННЫХ И ВОЗМОЖНЫЙ УЩЕРБ, ПРИЧИНЕННЫЙ ПУБЛИКАЦИЕЙ ИНТЕРЕСАМ ТРЕТЬИХ ЛИЦ. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОДЕРЖАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕННОЙ И ОПУБЛИКОВАННОЙ РАБОТЫ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА АВТОРА (АВТОРОВ) СТАТЬИ.
- ПЛАТА ЗА ПУБЛИКАЦИЮ РУКОПИСЕЙ НЕ ВЗИМАЕТСЯ. АВТОРСКИЕ ГОНОРАРЫ НЕ ВЫПЛАЧИВАЮТСЯ. РЕКЛАМНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПУБЛИКУЮТСЯ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ РЕДАКЦИОННОЙ ПОЛИТИКЕ И ЗА ПЛАТУ, РАЗМЕР КОТОРОЙ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПО СОГЛАСОВАНИЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН.
- НАПРАВЛЯЯ СТАТЬЮ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛ, АВТОР СОГЛАШАЕТСЯ, В СЛУЧАЕ ЕЕ ПРИНЯТИЯ, С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ К ТЕКСТУ РАБОТЫ НА САЙТАХ РАЗМЕЩЕНИЯ ИЗДАНИЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ.
- НАПРАВЛЕНИЕ В РЕДАКЦИЮ РАНЕЕ ОПУБЛИКОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИЛИ УЖЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДРУГИЕ ИЗДАНИЯ, НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ

- ОБЪЕМ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ОБЗОРНЫХ СТАТЕЙ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ДВАДЦАТИ ТЫСЯЧ (20 000) ЗНАКОВ. ОБЪЕМ ПУБЛИКАЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ, РЕЦЕНЗИИ ДО ДЕСЯТИ ТЫСЯЧ (10 000) ЗНАКОВ; ИНФОРМАЦИОННЫЕ СООБЩЕНИЯ ДО ПЯТИ ТЫСЯЧ (5 000) ЗНАКОВ. ПРОБЕЛЫ, А ТАКЖЕ ОБЪЕМ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ СПИСКИ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЭТОМ УЧИТЫВАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ.
- ТЕКСТ РАБОТЫ И ПРИЛАГАЕМЫЕ К НЕМУ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ, ОРФОГРАФИЧЕСКИХ И СТИЛИСТИЧЕСКИХ ОШИБОК.
- В КАЧЕСТВЕ РЕДАКТОРА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАН ЛЮБОЙ ТЕКСТОВЫЙ ПРОЦЕССОР (MICROSOFT WORD, TEXTEDIT, OPENOFFICE И ДР.). ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТАТЬИ *.DOC, *.DOCX, *.RTF ИЛИ *.ODT.

ШРИФТ - TIMES NEW ROMAN, КЕГЛЬ 14, МЕЖСТРОЧНЫЙ ИНТЕРВАЛ 1,5.

АБЗАЦНЫЙ ОТСТУП - 1,25 ММ. **НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ АБЗАЦНОГО ОТСТУПА ПУТЕМ ОТБИВОК.**

ПОЛЯ: ВЕРХНЕЕ И НИЖНЕЕ - 2 СМ, ЛЕВОЕ - 3 СМ, ПРАВОЕ - 1 СМ.

НУМЕРАЦИЯ СТРАНИЦ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНА.

- ТАБЛИЦЫ ОФОРМЛЯЮТСЯ ПОДОБНО ОСНОВНОМУ ТЕКСТУ. ТАБЛИЦЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ, ИМЕТЬ НАЗВАНИЯ, ЗАГОЛОВКИ ГРАФ И СТРОК, БЫТЬ НАГЛЯДНЫМИ, НЕ ПЕРЕГРУЖЕННЫМИ. ДОПУСКАЕТСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ТАБЛИЦ, А ТАКЖЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НА НЕСКОЛЬКИХ СТРАНИЦАХ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В ТАБЛИЦАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.
- ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ГРАФИКОВ И ДИАГРАММ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАБЛИЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ (MICROSOFT EXCEL, OPENOFFICE).
- ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ИСХОДНОГО ФАЙЛА ИСПОЛЬЗОВАННОГО ТАБЛИЧНОГО РЕДАКТОРА, А НЕ ТОЛЬКО ПОСТРОЕННОГО НА ЕГО ОСНОВАНИИ ИЗОБРАЖЕНИЯ, В НЕ ДРЕННОГО В ОСНОВНОЙТЕКСТ СТАТЬИ. ПРИ ОТ СУТСТВИИ ИСХОДНЫХ ФАЙЛОВ ГРАФИКИ И ДИАГРАММЫ БУДУТ ИСКЛЮЧАТЬСЯ ИЗ ПУБЛИКАЦИИ.
- ПРИ НАЛИЧИИ ИЗОБРАЖЕНИЙ, СОЗДАВАЕМЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРАФИЧЕСКИХ РЕДАКТОРОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ИСХОДНЫЙ ФАЙЛ В ОДНОМ ИЗ СТАНДАРТНЫХ ФОРМАТОВ (*.TIF, *.JPG, *.BMP, *.WMF, *.EMF И ДР.) В РАЗРЕШЕНИИ НЕ МЕНЕЕ 300 ТОЧЕК НА ДЮЙМ.
- ВСЕ РИСУНКИ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, ИДЕНТИЧНЫЙ УКАЗАННОМУ В ТЕКСТЕ СТАТЬИ, ЗАГОЛОВОК, УКАЗАННЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОД ИЗОБРАЖЕНИЕМ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В РИСУНКАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.
- МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ФОРМУЛЫ, ВЫРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В ФОРМУЛЬНЫХ РЕДАКТОРАХ: MICROSOFT EQUATION, MATHTYPE И ДР.

В КАЖДОЙ ПУБЛИКАЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- фамилия, имя, отчество всех авторов полностью
- полное наименование организации место работы каждого автора в именительном падеже, город
- должность, звание, ученая степень авторов
- адрес электронной почты каждого из авторов
- почтовый адрес и контактный телефон (допускается указание одного адреса для всех авторов)

НАЗВАНИЕ ПУБЛИКАЦИИ

АННОТАЦИЯ

• размер аннотации не более 1000 и не менее 400 знаков, включая пробелы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

• ключевые слова или словосочетания, отделяемые друг от друга запятой. Обращаем внимание на то, что следует направлять не фразы, а именно ключевые слова или словосочетания.

ОСНОВНОЙ ТЕКСТ РАБОТЫ И ОСТАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ ЦИТАТЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ССЫЛКИ НА ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ ЦИФРОВЫХ ССЫЛОК В ТЕКСТЕ СТАТЬИ И В СПИСКЕ ЛИТЕРАТУРЫ. В СЛУЧАЕ УКАЗАНИЯ ИСТОЧНИКА В ТЕКСТЕ, СЛЕДУЕТ В КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ УКАЗЫВАТЬ ТОЛЬКО ЕГО ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, СОГЛАСНО СПИСКУ.

ССЫЛКИ НА НЕОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ.

ОФОРМЛЕНИЕ ПРИСТАТЕЙНЫХ ССЫЛОК И/ИЛИ СПИСКОВ ПРИСТАТЕЙНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ГОСТ_{7.0.5}-2008. «БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ССЫЛКА. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ И ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ»

ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ АВТОРОВ НА ТО, ЧТО НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ НАДЛЕЖИТ РАСПОЛАГАТЬ В ОБЩЕМ СПИСКЕ С ЕДИНОЙ НУМЕРАЦИЕЙ ПЕРЕД ИНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ. ПРИ ЭТОМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ РАСПОЛОЖЕНЫ: А) В ПОРЯДКЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ; Б) В ХРОНОЛОГИЧЕСКОМ ПОРЯДКЕ. В КАЧЕСТВЕ ИХ ИСТОЧНИКОВ ДОЛЖНЫ ВЫСТУПАТЬ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ.

К РАССМОТРЕНИЮ ПРИНИМАЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ В АДРЕС РЕДАКЦИИПОЭЛЕКТРОННОЙПОЧТЕ *NIMP@MED-LAW.RU* ИЛИНАЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ. В СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ, НАЗВАНИЕ РАБОТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ФОРМАТЫ ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.
ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ЭЛЕКТРОННЫЕ НОСИТЕЛИ НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ.



