

ISSN 2658-6312



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 5

№2 (10)

Москва
2020

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

Медицинское право: теория и практика [Электронный ресурс]. М.: Национальный институт медицинского права, 2020. Том 5. №2 (10). 194 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 правоповедения Ивановской
государственной медицинской академии,
Заслуженный работник здравоохранения РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Каменская Наталья Андреевна

доцент кафедры медицинского
права Сеченовского Университета,
кандидат юридических наук

Куранов Владимир Георгиевич

заведующий кафедрой правоповедения
Пермского государственного медицинского
университета им. академика Е.А. Вагнера

Павлова Юлия Владимировна

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

Поспелова Светлана Игоревна

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

Адрес редакции:

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

Журнал включен в систему Российского
индекса научного цитирования

Издается с 2015 года

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

© Национальный институт медицинского
права, 2020

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№2 [10]

Том 5

СЕНТЯБРЬ 2019 - ЯНВАРЬ 2020

Москва
2020

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№ 2 [10]

VOLUME 5

SEPTEMBER 2019 - JANUARY 2020

Moscow
2020

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2020. Vol 5. №2 (10). 194 p. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board:

Chairman

Yuri Dmitrievich Sergeev

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

Board member

Sergey Vladimirovich Erofeev

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

Natalia Andreevna Kamenskaya

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

Vladimir Georgievich Kuranov

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

Yulia Vladimirovna Pavlova

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

Svetlana Igorevna Pospelova

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

Address of edition:

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

The journal is included in the Russian science citation index

Published in 2015

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

© National Institute of medical law, 2020

От редакционной коллегии

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

Тематика представленных статей отражает комплексность данной сферы правового регулирования и представляет интерес для всех участников процесса оказания медицинской помощи: руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций, практикующих врачей различных специальностей, медицинских юристов, судебно-медицинских экспертов и экспертов, осуществляющих оценку качества медицинской помощи, представителей органов законодательной власти, судебных и следственных органов, а также для всех заинтересованных лиц.

Традиционно данный номер журнала содержит статьи Международного форума VIII Ноябрьские чтения «Здравоохранение сегодня: право, экономика, управление», прошедшего 27-30 ноября 2019 года на базе Сеченовского Университета.

Форум объединил на своей площадке представителей медицинского и юридического сообществ, специалистов, занимающихся вопросами медицинского права, представителей органов управления здравоохранением, экспертов страховых медицинских организаций, представителей фармацевтической отрасли.

Актуальность рассматриваемых вопросов отметили в своих приветствиях участникам Председатель Комитета Государственной Думы Федерального Собрания РФ по охране здоровья, д.м.н., профессор Морозов Дмитрий Анатольевич, а также Заведующий кафедрой медицинского права Сеченовского университета, Член-корр.РАН, профессор Сергеев Юрий Дмитриевич, являющийся основателем данного направления, находящегося на стыке двух наук: медицины и права.

В Пленарном заседании сделали доклады известные ученые и практикующие юристы в сфере медицинского права из Израиля и Австралии.

Программа Форума носит практикоориентированный характер и направлена на достижение концептуальной цели-создание

системы управления правовыми рисками при осуществлении медицинской деятельности. Уникальность формата Форума заключается в проведении как ежегодной научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)», так и практических семинаров, тренингов и деловой игры по управлению правовыми рисками.

По-прежнему, проведение тематических мероприятий и последующая публикация итоговых работ специалистов в сфере медицинского права, направлено на объединение усилий в достижении консенсуса представителями всех участников процесса оказания медицинской помощи: руководителей медицинских организаций и практикующих врачей различных специальностей, практикующих юристов в сфере медицинского права, специализирующихся на защите интересов как пациентов, так и медицинских работников и медицинских организаций; представителей судейского корпуса, надзорных и следственных органов, экспертов, осуществляющих оценку качества медицинской помощи и судебно-медицинских экспертов, а также представителей страховых медицинских организаций.

Содержание

РАЗДЕЛ I. ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

<i>Бобровская О.Н., Левинтова Е.М.</i> 13	<i>Olga Bobrovskaya, Eva Levintova</i>
ПРАВО НА ОТКАЗ РОДИТЕЛЕЙ ОТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	THE RIGHT OF PARENTS TO REFUSE VACCINATION AS A FACTOR OF INFLUENCE ON THE PRESERVATION OF CHILDREN'S HEALTH
<i>Куранов В.Г.</i> 20	<i>Vladimir Kuranov</i>
ПРАВОВОЙ СТАТУС КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ПРАВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	LEGAL STATUS OF CLINICAL RECOMMENDATIONS IN THE MEDICAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION
<i>Коско С.А., Чеснокова Е.А.</i> 28	<i>Sofia Kosko, Ekaterina Chesnokova</i>
ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ В СТОМАТОЛОГИИ	PROBLEMS OF INFORMED VOLUNTARY CONSENT TO DENTISTRY
<i>Попов О.Ю., Гуров И.В.</i> 36	<i>Oleg Popov, Igor Gurov</i>
ПРАВОВЫЕ РИСКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	LEGAL RISKS OF MEDICAL STAFF OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO MINORS OUTSIDE THE MEDICAL ORGANIZATION
<i>Тимофеева М.Ю., Тимофеев Ю.С.</i> 41	<i>Margarita Timofeeva, Yriy Timofeev</i>
ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (этико-правовой аспект)	PROBLEMS OF REGULATION OF PERSONAL DATA PROTECTION OF PATIENTS IN MEDICAL AND SOCIAL PROJECTS AND SCIENTIFIC STUDIES (ethics and legal aspect)
<i>Юдина А.А., Зарипова Ю.Р.</i> 48	<i>Anastasia Yudina, Julia Zaripova</i>
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	LAW PROBLEMS IN PRACTICE OF MEDICAL WORKERS

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

<i>Баринев Е.Х., Каченкова Е.С.</i> 55	<i>Evgeny Barinov, Ekaterina Kachenkova</i>
ОШИБКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ КОРОНАРОГРАФИИ, ПОВЛЕКШАЯ СМЕРТЬ ПАЦИЕНТА	THE ERROR OF HOLDING THE PROCEDURE OF CORONARY ANGIOGRAPHY WHICH ENTAILED THE DEATH OF THE PATIENT
<i>Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А.</i> 58	<i>Alexander Danilov, Tatyana Katashina, Evgenia Isaenkova</i>
УЧАСТИЕ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЕ ЗА ПРОХОЖДЕНИЕМ ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ	PARTICIPATION OF INSURANCE MEDICAL REPRESENTATIVES IN THE ORGANIZATION AND CONTROL OF PASSING BY THE INSURED PERSONS OF ONCOLOGICAL SCREENINGS IN THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION

- Калинин Р.Э., Баринев Е.Х.** 63 **Ruslan Kalinin, Evgeny Varinov**
 КВАЛИФИКАЦИЯ ДЕЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ст. 238 УК РФ: ПЕРСПЕКТИВЫ ЭКСПЕРТНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СВЕТЕ ПРАВОВОЙ ПОЗИЦИИ ВЕРХОВНОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 QUALIFICATION OF ACTS OF MEDICAL WORKERS ACCORDING TO ART. 238 OF THE CRIMINAL CODE: PROSPECTS OF EXPERT AND JUDICIAL PRACTICE IN THE LIGHT OF THE LEGAL POSITION OF THE SUPREME COURT
- Копылов А.В., Кулькина И.В., Сараджанц К.И.** 68 **Anatoly Kopylov, Irina Kulkina, Kristina Saradzants**
 ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ
 LEGAL ASPECTS OF APPOINTMENT AND CARRYING OUT OF JUDICIAL EXAMINATIONS AND RESEARCHES, INCLUDING IN THE INVESTIGATION OF ADVERSE RESPONSES
- Чекрыжова Д.Г., Павлова Ю.В.** 73 **Daria Chekryzhova, Julia Pavlova**
 УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
 CRIMINAL LIABILITY FOR VIOLATION OF SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL LEGISLATION
- Цирятьева С.Б., Шень Н.П., Хорошкина Н.И., Абрамовская Т.А.** 78 **Svetlana Tsiryateva, Natalia Shen, Natalia Choroshkina, Tatyana Abramovskay**
 НАРУШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: РАБОТА НАД ОШИБКАМИ
 VIOLATIONS OF ANESTHESIOLOGICAL AND RESUSCITATION CARE IN THE TYUMEN REGION: WORK ON MISTAKES

РАЗДЕЛ III. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Бобровская О.Н., Зиганурова З.З.** 89 **Olga Bobrovskaya, Zilya Ziganurova**
 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ БЕЗ ОПРЕДЕЛЁННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА
 PROFESSIONAL RISKS OF MEDICAL WORKERS IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO PERSONS HOMELESS
- Билера В.Г., Сафронова Е.В.** 94 **Valentin Bilera, Elena Safronova**
 ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА
 LEGAL AND ETHICAL PROBLEMS OF HUMAN ORGAN TRANSPLANTATION
- Козьма Н.Н., Куранов В.Г., Лазаревич Е.В.** 101 **Natalia Kozma, Vladimir Kuranov, Elena Lazarevich**
 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ОН-ЛАЙН КАЛЬКУЛЯТОР) В ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА «ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ»)
 USING INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES (COMPENSATORY INTEREST ON-LINE CALCULATOR) IN TEACHING ACTIVITY (BY THE EXAMPLE OF CONSUMER PROTECTION COURSE TEACHING)
- Колоколов А.В.** 106 **Anton Kolokolov**
 ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
 PROBLEMATIC ISSUES OF LEGAL REGULATION OF COMPULSORY PSYCHIATRIC EXAMINATION
- Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.** 111 **Olga Kaminskaya, Tatyana Gracheva**
 ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНАЦИЯ OFF-LABEL
 VACCINATION IS OFF-LABEL. LEGAL ASPECT
- Никитин М.В., Мелехин О.Ю., Чукина И.М.** 117 **Mikhail Nikitin, Oleg Melekhin, Irina Chukina**
 ВОПРОСЫ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА
 ISSUES OF IMPLEMENTATION OF STRATEGIC DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF THE SANATORIUM AND RESORT COMPLEX

- Павлова Ю.В., Попова А.А., Михина М.Ю.** 123 **Julia Pavlova, Antonina Popova, Maria Mikhina**
 АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
 ACTUAL PROBLEMS OF REGULATION OF SURROGACY AT THE PRESENT STAGE
- Тимофеева М.Ю., Орунбаева А.А.** 131 **Margarita Timofeeva, Albina Orunbaeva**
 ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ И СВОБОД ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (этико-правовые аспекты)
 PROBLEMS OF REALIZATION OF RIGHTS AND FREEDOMS OF PERSONS AFFECTING MENTAL DISORDERS (ethical and legal aspects)
- Чолпонбаев К.С., Тургуналиева М.А., Дооталиева С.Ч.** 140 **Kosmosbek Cholponbaev, Milana Turgunaliyeva, Sairagul Dootaliyeva**
 ОБЗОР НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗАКОННОГО ОБОРОТА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
 REVIEW OF THE FRAMEWORK FOR THE REGULATION OF THE LEGAL DRUG TRAFFICKING IN THE KYRGYZ REPUBLIC

РАЗДЕЛ IV. МАТЕРИАЛЫ ШКОЛЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

- Карташков Д.В.** 149 **Dmitry Kartashkov**
 БИОЭТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЫНОЧНОЙ МОДЕЛИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДОНОРСКИХ ПОЧЕК
 BIOETHICAL ANALYSIS OF MARKET MODEL OF DISTRIBUTION OF DONOR KIDNEYS
- Полещук Д.Е.** 154 **Daria Poleshchuk**
 НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ
 PROBLEMS OF QUALIFICATION OF CRIMES COMMITTED BY MEDICAL WORKERS
- Радов В.В.** 159 **Vladislav Radov**
 НЕОБОСНОВАННОСТЬ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШЕННОГО МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ, ПО ст. 238 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 GROUNDLESSNESS OF USING ARTICLE 238 FOR QUALIFYING A CRIME COMMITTED BY A MEDICAL WORKER
- Юрченко И.А., Ветров Г.А.** 165 **Irina Yurchenko, Gleb Vetrov**
 ЭТИКО-ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ПОЛА ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ
 ETHICAL AND LEGAL PROBLEM OF SEX SELECTION IN VITRO FERTILIZATION
- Митин Р.К.** 171 **Roman Mitin**
 РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА МЕДИАЦИЮ В МЕДИЦИНЕ
 REALIZATION OF THE RIGHT TO MEDIATION IN MEDICINE
- Ершов А.В.** 176 **Aleksey Ershov**
 ВЫРАВНИВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ КАК НЕОБХОДИМАЯ РЕФОРМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
 ALIGNMENT OF REGIONAL HEALTH CARE FINANCING AS A REQUIRED COMPULSORY HEALTH INSURANCE REFORM
- Карягина Е.Н., Еникеев А.Р.** 183 **Ekaterina Karyagina, Aidar Enikeev**
 НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ: ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В РОССИИ И США (СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ)
 PRESCRIPTION OF MEDICINES BY USING TELEMEDICAL TECHNOLOGIES: LEGAL REGULATION IN RUSSIA AND THE USA (COMPARATIVE LEGAL ANALYSIS)

РАЗДЕЛ I.

ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ
И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бобровская О.Н., Левинтова Е.М.

ПРАВО НА ОТКАЗ РОДИТЕЛЕЙ ОТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ КАК ФАКТОР ВЛЯНИЯ НА СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Статья рассматривает основные проблемы реализации права родителей на отказ от вакцинации своих детей и последствия такого отказа, влияющие на возможность детей получать доступ к различным сферам общественной жизни.

Рассмотрев различные позиции законодателя и практикующих специалистов, автор критично оценивает как само право родителей (законных представителей) на отказ от вакцинации, так и избранный ими способ защиты интересов детей, поскольку нередко, это приводит к созданию дополнительных рисков их детей и других контактных лиц.

Позиция ВОЗ однозначно подчеркивает опасность инфицирования непривитых детей, официальная статистика показывает высокие цифры смертности от социально-опасных заболеваний (туберкулез, гепатит, полиомиелит и другие).

Анализ законодательства и судебной практики позволил сделать важные выводы, направленные на минимизацию рисков для здоровья детей, родители (законные представители) которых реализуют право на отказ от вакцинирования.

Ключевые слова: право на отказ, иммунопрофилактика, здоровье детей, защита интересов

Olga Bobrovskaya, Eva Levintova

THE RIGHT OF PARENTS TO REFUSE VACCINATION AS A FACTOR OF INFLUENCE ON THE PRESERVATION OF CHILDREN'S HEALTH

The Article considers the main problems of realization of the right of parents (legal representatives) to refuse vaccination of their children and the consequences of such refusal affecting the ability of children to access various spheres of public life.

Having considered various positions of the legislator and practitioners, the author critically assesses both the right of parents (legal representatives) to refuse vaccination, and the way they choose to protect the interests of children, as often, this leads to the creation of additional risks for their children and other contact persons.

WHO's position clearly emphasizes the risk of infection of unvaccinated children, official statistics show high mortality rates from socially dangerous diseases (tuberculosis, hepatitis, polio and others).

The analysis of legislation and judicial practice allowed to draw important conclusions aimed at minimizing the risks to the health of children whose parents (legal representatives) exercise the right to refuse vaccination.

Keywords: right to refuse, immunoprophylaxis, children's health, protection of interests

В соответствии со ст. 5 Федерального закона от 17.09.1998 №157-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [3], граждане имеют право на отказ от профилактических прививок. Это право понимается родителями и иными законными представителями детей как возможность защиты своих детей от негативных последствий вакцинации, о которых им становится известно из средств массовой информации. Они также ссылаются на статью 20.3 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в которой указано, что один из родителей или иной законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения [6], а прививка является медицинским вмешательством.

Выражая отказ, они проявляют заботу о здоровье своего ребенка, поскольку считают, что такие медицинские вмешательства снижают иммунитет и ухудшают самочувствие, приводят к осложнениям.

Всемирная организация здравоохранения опровергла самые популярные мифы об иммунизации и заявила, что:

1. Вакцины не вызывают аутизм.
2. Введение ребенку более одной вакцины не может причинить вред здоровью и перегрузить иммунную систему ребенка, негативного влияния установлено не было.
3. Вакцины содержат ртуть, но она добавляется в некоторые вакцины в качестве консерванта и ее присутствует в малых концентрациях.
4. Эффект от вакцинации мягче, чем от последствий болезни. Иммунный ответ вакцины идентичен заражению от больного. Вероятным осложнением болезни в результате инфицирования может стать отставание в развитии, развитие рака печени, пороков.
5. Лица, отказавшиеся от вакцинации, подвергают себя и членов семьи риску инфицирования, а также возможных осложнений, иногда на протяжении всей жизни.

6. Отсутствуют доказательства о наличии связи вакцинации с развитием аллергических, аутоиммунных и респираторных заболеваний в последующей жизни [18].

Противоречивость поступающей информации влияет и на отказ родителей прививать ребенка с самого его рождения.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) основным методом борьбы с вирусным гепатитом «В» является вакцинация [22]. Она вызывает повышение уровня защитных антител, при этом защита сохраняется, как минимум, на протяжении 20 лет. По оценкам ВОЗ, в 2015г. количество живущих с хронической инфекцией гепатита «В» составило 257 миллионов человек, где 887 тысяч умерло от осложнений, и за 2 года число новых инфицированных составило 1,1 миллиона людей [22]. Ситуация по туберкулезу также вызывает беспокойство. Туберкулез – одна из 10 ведущих причин смерти в мире [23]. Поэтому привить ребенка от данных заболеваний очень важно.

В роддомах согласно национальному календарю прививок в первые 24 часа жизни новорожденных вакцинируют против вирусного гепатита В, а в последующие 3-7 дней – против туберкулеза [10].

Родители вправе отказаться от проведения прививок при наличии противопоказаний. Согласно МУ 3.3.1.1095-02.3.3.1 «Вакцинопрофилактика», при весе ребенка менее 2000 г (недоношенности) вакцинацию БЦЖ не проводят. Противопоказание для введения вакцины против гепатита «В» является наличие аллергической реакции на пекарские дрожжи [11].

Но наличие противопоказаний не означает возникновения осложнения, согласно пункту 3.2 МУ 3.3.1.1095-02.3.3.1 «Вакцинопрофилактика», а свидетельствует о повышении риска неблагоприятной реакции. Там же в пункте 10.1 установлено, что плановая вакцинация в случае острого заболевания откладывается до выздоровления для снижения риска осложнения основного заболевания [11].

Прививки могут давать осложнения, так как каждый человек уникален, поэтому

предугадать ответную реакцию организма на вакцину очень сложно.

Из судебной практики по делу №2-2151/2016 от 12 октября 2016 г. следует, что А.А. Гусева 3 апреля 2012 г. родила сына М.К. Гусева в ОГАУЗ «Ангарский перинатальный центр». После рождения ребёнку была проведена вакцинация против вирусного гепатита «В», а двумя днями позже против туберкулеза вакциной БЦЖ. В результате вакцинации от туберкулеза ребёнок заразился туберкулезным оститом дистального эпифиза левой бедренной кости. При вакцинации мать не получила от работников медицинской организации полной объективной информации о необходимых прививках, последствиях отказа от них, возможных осложнениях, поэтому она подписала согласие на вакцинацию. Только после проведения вакцинации ей стало известно о возможных осложнениях от вакцины БЦЖ. В связи с наличием заболевания ребёнку выписали лекарственные препараты, повлиявшие на психику ребёнка: он стал плохо спать, плакал, испытывал боли, перенёс операцию. Ребёнок длительное время был лишен возможности передвигаться, развиваться. Позже ребёнку был назначен диагноз: артралгия левого коленного сустава. Фтизиатр, наблюдавший ребенка, гарантий полного выздоровления не предоставлял. Суд вынес решение, что возникшее осложнение – результат снижения иммунитета ребенка, что не связано с оказанием медицинской помощи [15].

В деле №2-3/2013 от 7 февраля 2013 г. Ребенку О.А. Якимовой был выставлен диагноз «дисплазия тазобедренных суставов» (но он не является противопоказанием для постановки БЦЖ). На 4 сутки после осмотра врача ребенку была введена вакцина БЦЖ. Ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии, но через некоторое время у ребенка появилась шишка в области грудины. Это был остит грудины, возникший как осложнение после вакцинации. И в этом случае, суд не нашел прямой связи между вакцинированием и развитием заболевания [14].

Родители стремятся обезопасить своих детей, поэтому отказываются от процедуры прививания из страха за здоровье ребенка.

Но, отказываясь от прививок, многие родители не осознают последствий своих действий. Например, отказ от вакцинации влияет на возможность беспрепятственного пересечения границ территории РФ, поскольку въезд в некоторые страны возможен только при наличии определенных профилактических прививок [3]. Например, наличие прививки от желтой лихорадки для лиц старше года – является обязательным условием для въезда в Французскую Гвиану [19, с. 24], Гану [19, с. 26], от менингококкового менингита – в Саудовскую Аравию [19, с. 49], Ливию [19, с. 34]. В поездке на длительный срок в Пакистан необходимо быть вакцинированным оральной полиовакциной [19, с. 43]. То есть если в прививочном сертификате не указана информация о вакцинации против вышеперечисленных заболеваний у ребенка, то въезд в данные страны будет невозможен для ребенка.

Невакцинированные граждане могут также получить временный отказ в приеме в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий [3]. То есть при объявлении карантина может быть отказано в приеме в образовательные учреждения будущим обучающимся.

Дети, посещающие дошкольные образовательные организации, также подвергаются негативному воздействию.

Так, например, согласно п. 9.5 Постановлению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 июля 2011 г. №107 г. Москва «Об утверждении СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита» в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, не привитых против полиомиелита, разобщают с детьми, привитыми вакциной ОПВ в течение последних 60 дней, на срок 60 дней с момента получения детьми последней прививки ОПВ [8]. В этот срок приви-

тые дети являются носителями вируса полиомиелита, и непривитые дети рискуют заболеть данным заболеванием, поэтому невакцинированных детей отстраняют от занятий с привитыми.

Многие родители непривитых детей возмущаются по поводу отстранения их детей от занятий, ссылаясь на п. 2 и 3 ст. 5 от 29.12.2012 ФЗ №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». В нем говорится, что гражданам России дается возможность получения образования независимо от убеждений, состояния здоровья (наличия или отсутствия вакцинации) и других факторов и гарантируется общедоступность образования [7]. Поэтому образовательные организации обязаны организовать таким детям раздельное пребывание в стенах образовательного учреждения, чтобы непривитые дети смогли продолжить свое обучение, потому что они имеют на это законное право.

Если родитель настаивает на том, чтобы в течение 60 дней с момента вакцинации ребенок учился совместно со своими привитыми одноклассниками, то это указывает на то, что своими действиями родитель подвергает опасности здоровье ребенка, что является злоупотреблением права родителя в ущерб интересам детей [13]. Такого родителя могут лишить родительских прав согласно ст. 69 СК РФ [2].

На территории РФ действуют федеральные санитарные правила. Их обязательно должны соблюдать граждане, индивидуальные предприниматели и юридические лица, согласно статье 39 ФЗ от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [4]. Перечень правил указан в постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 №60 СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», в которых устанавливаются требования к мероприятиям, обеспечивающих раннее выявление, предупреждение распространения заболеваний туберкулезом среди населения [9].

В образовательных организациях одним из таких мероприятий является проба Манту. Согласно п. 5.2 постановления Главного врача РФ «Профилактика туберкулеза» она

проводится 2 раза в год [9]. Но в качестве диагностики можно сделать не только пробу Манту, но Диаскинтест и T-SPOT.TB [12]. Родители имеют право отказаться от проведения данных пробы и сделать обзорную рентгенограмму органов грудной клетки (вместо иммунологических тестов) или от всех данных вмешательств [12]. И отстранение детей из-за отказа от диагностических тестов от учебного процесса недопустимо, т.к. это ограничивает их право на получение образования, согласно п. 3 ст. 5 ФЗ №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [7].

Не обследованные данным образом дети направляются на консультацию в противотуберкулезный диспансер, откуда родители должны взять заключение фтизиатра об отсутствии туберкулеза у ребенка в течение 1 месяца с постановки пробы Манту, что предусмотрено пунктом 5.7 постановления №60 СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» [9]. В данном пункте также указано, что если заключения не будет, то таких детей не допустят в образовательные организации [9]. Такие действия направлены на предотвращение распространения туберкулеза внутри образовательных организаций и заражения здоровых обучающихся. Допуск в образовательные организации не проверившихся детей нарушает право здоровых детей на охрану здоровья. Данное право обеспечивается п. 1 статьей 41 Конституции РФ [1] и п. 8 и п. 10 статьей 41 ФЗ №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», в которых говорится, что соответственно охрана здоровья включает в себя обеспечение безопасности обучающихся во время пребывания в организации и проведение профилактических мероприятий [7].

При этом если в школе будет находиться больной туберкулезом, то согласно п. 1 и 2 ст. 9 ФЗ от 18 июня 2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» за лицами, находящимися в контакте с источником туберкулеза или подозрением на туберкулез, устанавливается наблюдение и проводится независимо от согласия больных или их законных представителей [5]. Поэтому это в интересах родителя совершить необходи-

мые диагностические тесты или получить справку от фтизиатра.

Но решение вопроса о допуске ребенка в образовательную организацию не входит в компетенцию врача-фтизиатра, исходя из клинических рекомендаций «Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях» (утв. Российским обществом фтизиатров 7 марта 2017 г.) [12]. То есть решение о допуске обучающегося остается за директором образовательной организации.

Такие дети будут вынуждены перейти на дистанционное обучение, т.к. очное, очно-заочное и заочное образования предполагает сдачу экзаменов, во время которых будет контакт непроверенного ребенка со здоровыми работниками, что будет нарушать право работника на охрану здоровья [1]. По тем же причинам работники образовательных организаций не захотят приходить на дом к таким ученикам для объяснения материала [1]. Поэтому такие ученики должны перейти на дистанционное или электронное обучение (согласно 16 статье ФЗ №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [7]).

Одной из административных мер по предотвращению распространения туберкулеза является запрет больных с высоким риском инфицирования покидать территорию противотуберкулезного диспансера [21, с. 177]. Таким образом, больные находятся в изоляции и не способны покинуть территорию страны, что с одной стороны является нарушением прав больных туберкулезом. В статье 12 ч. 1 и ч. 2 Международного пакта о гражданских и политических правах говорится, что каждому, кто законно находится на территории какого-либо государства, принадлежит, в пределах этой территории, право на свободное передвижение и свобода выбора местожительства и каждый человек имеет право покинуть любую страну, включая свою собственную [16].

Но согласно Сиракузским принципам ст. 25 стремление защитить здоровье населения может служить основанием для ограничения определенных прав, если государству необходимо принять меры по устранению серьезной угрозы здоровью населения или отдельных лиц. Эти меры могут быть направлены непосредственно на предотвращение заболевания или угрозы физическому здоровью или на обеспечение ухода за больными или пострадавшими [17]. Также при поступлении в диспансер пациенты подписывают документ об обязанностях, в котором говорится о запрете покидания территории диспансера без разрешения лечащего врача [21, с. 184]. То есть, когда пациент подписывает эту бумагу, он обязуется выполнять правила данного медицинского учреждения, поэтому запрет выезд за пределы территории диспансера не нарушает права больных туберкулезом.

В заключение необходимо подчеркнуть, что родители имеют право на отказ от прививания ребенка как при наличии противопоказаний, так и по своим личным убеждениям. Перед вакцинацией в обязательном порядке родители должны быть осведомлены о возможных осложнениях после прививания, которые могут подорвать здоровье ребенка, а также о последствиях отказа. За здоровьем невакцинированного ребенка нужен более тщательный медицинский контроль, об этом должны позаботиться родители, так как ребенок подвержен риску заболеть от непривитого заболевания. Родители должны отстаивать права непривитых детей на возможность получения образования при отсутствии прививок, пользуясь ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 №273-ФЗ [7]. Но здоровье таких детей должно строго проверяться при вступлении в общеобразовательные организации (а именно наличие всех необходимых справок от врачей) и в будущем при приеме на работу.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014 г. №31. Ст. 4398.
2. Федеральный закон от 29 декабря 1995 №№223-ФЗ «Семейный кодекс Российской Федерации» // Российская газета. 22.10.2007 г. с изм. и допол. в ред. от в ред. Федеральных законов от 15.11.1997 №140-ФЗ, от 27.06.1998 №94-ФЗ, от 02.01.2000 №32-ФЗ, от 22.08.2004 №122-ФЗ, от 28.12.2004 №185-ФЗ, от 03.06.2006 №71-ФЗ, от 21.07.2007 №194-ФЗ.
3. Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2013 г. №51. Ст. 6688.
4. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства Российской Федерации. 1999 г. №14. Ст. 1650.
5. Федеральный закон от 18.06.2001 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2001 г. №26. Ст. 2581
6. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 28.11.2011 г. №48. Ст. 6724.
7. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 №273-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 31.12.2012 г. №53. Ст. 7598.
8. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 июля 2011 г. №107 г. Москва «Об утверждении СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита» // Российская газета. 2011 г. Ст. №296 (5672).
9. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. (ред. от 06.02.2015) №60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» // Министерство юстиции Российской Федерации. 2014 г. №32182.
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. №125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» // Российской газета. 2014 г. №109.
11. МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1 Вакцинопрофилактика. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. Методические указания (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002) // URL: <https://legalacts.ru/doc/mu-3311095-02-331-vaktsinoprofilaktika-meditsinskie-protivopokazaniya-k/> (дата обращения: 26.10.2019).
12. Клинические рекомендации «Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях» (утв. Российским обществом фтизиатров 7 марта 2017 г.) (направлены письмом Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2017 г. №15-2/10/2-2343) // URL: <http://base.garant.ru/71691350/> (дата обращения: 08.12.2019).
13. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 14 ноября 2017 г. №44 г. Москва «О практике применения судами законодательства при разрешении споров, связанных с защитой прав и законных интересов ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью, а также при ограничении или лишении родительских прав» // Российская газета. 20.11.2017 г. №262 (7428).
14. Решение по делу №2-3/2013 от 7 февраля 2013 г о компенсации морального вреда за вред здоровью, причиненный несовершеннолетнему // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/WnXop1tEM5bt> (дата обращения: 26.11.2019).

15. Решение по делу №2-2151/2016 2-2151/2016~М-642/2016 М-642/2016 от 12 октября 2016 о компенсации морального вреда [электронный ресурс] // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/UTzduP6AHN11/> (дата обращения: 26.11.2019).
16. Международный пакт о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 года [электронный ресурс] // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml (дата обращения: 08.12.2019).
17. Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений международного пакта о гражданских и политических правах [электронный ресурс] // URL: <http://www.legislationline.org/ru/documents/action/popup/id/14624> (дата обращения: 08.12.2019).
18. ВОЗ. Как реагировать на миф о вакцинации [электронный ресурс] // URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/292757/Advocacy-library-responding-to-myths-RUS.pdf?ua=1 (дата обращения: 20.10.2019).
19. Международные поездки и охрана здоровья – 1 июля 2019 г. [электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/ith/ith-country-list-ru.pdf?ua=1> (дата обращения: 08.12.2019).
20. Росстат. Заболевания населения социально-значимыми болезнями (данные Минздрава России, расчет Росстата, 24.09.2018 [электронный ресурс] // URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdr2-2.xls> (дата обращения: 26.11.2019).
21. Система инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях / Под ред. Л.С. Федоровой. М. - Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2013. 192 с.
22. Статистика ВОЗ по гепатиту «В» [электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (дата обращения: 20.10.2019).
23. Туберкулез [электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (дата обращения: 20.10.2019).

Об авторах:

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

Левинтова Ева Марковна – студентка второго студентка лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

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

Levintova Eva Markovna – student of the medical faculty of the Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Бобровская О.Н., Левинтова Е.М., 2020

Куранов В.Г.

ПРАВОВОЙ СТАТУС КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ПРАВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации являются весьма значимым источником медицинской информации. Они содержат в себе алгоритмы лечения, возможные альтернативы вмешательств. При этом возникают вопросы, насколько допустимо ссылаться на клинические рекомендации в суде. С 01.01.2022 г. вступят в силу клинические рекомендации, разработанные и утвержденные на основании Закона об охране здоровья. Но анализ нормативных актов и судебной практики позволяет сделать вывод о том, что легальная возможность их использования в суде существует уже сейчас. Автор делает вывод, что даже данные медицинской литературы могут иметь юридическое значение, поскольку их можно рассматривать как правовые обычаи.

Ключевые слова: клинические рекомендации, медицинский работник, медицинская организация, научно-практический совет, правовой обычай

Vladimir Kuranov

LEGAL STATUS OF CLINICAL RECOMMENDATIONS IN THE MEDICAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION

Clinical guidelines are a very significant source of medical information. They contain the algorithms of the treatment, possible alternative interventions. This raises questions as to whether it is permissible to refer to clinical recommendations in court. From 01.01.2022 the clinical recommendations developed and approved on the basis of The healthcare law protection will come into force. But the analysis of regulations and judicial practice allows to draw a conclusion that legal possibility of their use in court exists already now. Author concludes that even the data of medical literature can have legal significance, since they can be considered as legal customs.

Keywords: clinical recommendations, medical worker, medical organization, scientific and practical council, legal custom

Как известно, Российская Федерация принадлежит к континентальной семье правовых систем, основным источником (формой) которой является нормативный правовой акт. Согласно устоявшемуся представлению, нормативный правовой акт – это документ, содержащий нормы права, регулирующий общественные правоотношения, направленный на заранее неопределенный круг лиц, исходящий от государства в лице его органов и принятый в особом процедурном порядке.

Именно из этой посылки исходит и Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья, Закон №323-ФЗ) [2], описывая источники медицинского права. Статья 3 указанного закона так и озаглавлена – «Законодательство в сфере охраны здоровья».

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из Закона №323-ФЗ, принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Однако, если проанализировать нормы Закона в целом, можно сделать вывод, что юридически обязательные требования, регулирующие оказание медицинской помощи, содержатся и в иных источниках. Например, с учетом положений статей 6, 73 Закона об охране здоровья, следует признать квази-источником медицинского права и нормы врачебной этики, о чем автор писал ранее [16. С. 83-88].

Предметом настоящего исследования является правовой статус такого важного блока документов, как клинические рекомендации. С недавнего времени клинические рекомендации получили развернутое правовое регулирование, притом что судебная практика опиралась на них и раньше.

Важную роль клинических рекомендаций в регламентации диагностического и лечебного процесса Российское государство признавало и ранее. Так, в Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации до 2018 г. указывалось, что приоритетным направлением государственной политики в обеспечении здоровья, помимо иных, станет разработка национальных клинических рекомендаций (протоколов лечения) для обеспечения единых подходов к оказанию медицинской помощи [4].

Министерство экономического развития также подчеркивает, что в сфере здравоохранения, кроме иных, ключевым направлением государственной политики является внедрение системы клинических рекомендаций (протоколов лечения) [17].

С 01.01.2022 г. вступит в силу новая редакция ст. 37 Закона об охране здоровья, изменяющая систему регулирования организации оказания медицинской помощи. В данную систему, помимо порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, встраивается блок клинических рекомендаций. Будущая редакция ч. 1 ст. 37 будет иметь следующий вид: Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

1. в соответствии с положением об организации оказания медицинской по-

мощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
3. на основе клинических рекомендаций;
4. с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Таким образом, по своей правовой значимости и юридической силе клинические рекомендации находятся между порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. Считаем значимым, что стандарты медицинской помощи должны только учитываться при осуществлении диагностики, профилактики, лечения, реабилитации.

Само определение клинических рекомендаций помещено законодателем среди других дефиниций – в ст. 2 Закона №323-ФЗ (п. 23). Под клиническими рекомендациями предлагается понимать документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

Таким образом, ключевыми признаками клинических рекомендаций должны стать их научная обоснованность и структурированность. В отличие от стандартов медицинской помощи, содержащих лишь усредненные показатели применения тех или иных обследований, вмешательств, лекарственных препаратов, медицинских изделий, клинические рекомендации должны

включать в себя именно алгоритмы лечения, а именно:

- протоколы веления пациента (протоколы лечения);
- варианты медицинского вмешательства;
- последовательность действий медицинского работника.

Считаем значимым, что разработка и утверждение клинических рекомендаций отнесены к компетенции профессиональных медицинских организаций. То есть рекомендации будут исходить не от органа управления здравоохранения (Министерства здравоохранения), а от самого медицинского сообщества, что, наш взгляд, должно повысить к ним уровень доверия, и, как следствие, отразиться на их соблюдаемости.

Министерство здравоохранения оставило за собой функции координатора работы по созданию клинических рекомендаций. Так Приказом МЗ РФ от 28.02.2019 г. №101н [5] утверждены критерии формирования перечня заболеваний, состояний, по которым разрабатываются клинические рекомендации. Критерии следующие:

1. Уровень распространенности заболевания или состояния, соответствующий 200 и более случаям заболевания на 100 тысяч населения, определяемого соотношением числа случаев заболеваний к среднегодовой численности населения.
2. Уровень распространенности заболевания или состояния детей первого года жизни, соответствующий 26 и более случаям на 1 тысячу детского населения, достигших 1 года.
3. Уровень инвалидности, соответствующий распределению численности лиц, впервые признанных инвалидами по определенному заболеванию, обусловившему возникновение инвалидности, из расчета 1,1 и более случаев на 10 тысяч взрослого населения и 1,3 и более случаев на 10 тысяч детского населения.
4. Уровень смертности населения от заболеваний, состояний (группы заболеваний, состояний), соответствующий 24 и более случаям на 100 тысяч населения.
5. Отнесение заболевания к социально значимым заболеваниям.

6. Отнесение заболевания к жизнеугрожающим и хроническим прогрессирующим редким (орфанным) заболеваниям, приводящим к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

Порядок и сроки разработки и пересмотра клинических рекомендаций утверждены Приказом МЗ РФ от 28.02.2019 г. №103н [7]. Этим же приказом утверждены типовая форма и требования к структуре клинической рекомендации. Клинические рекомендации должны пересматриваться не реже, чем 1 раз в 3 года, но не чаще, чем 1 раз в полтора года.

Алгоритм разработки клинической рекомендации следующий:

- Медицинские профессиональные некоммерческие организации направляют в Министерство здравоохранения Российской Федерации уведомление о начале разработки клинических рекомендаций.
 - Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают проекты клинических рекомендаций и организуют их общественное обсуждение. Такое обсуждение может проходить с участием научных организаций, образовательных организаций высшего образования, медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, их ассоциаций (союзов), Срок обсуждения – не менее 4 месяцев с момента направления уведомления о начале разработки.
 - По окончании срока обсуждения медицинская профессиональная некоммерческая организация направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации письменное заявление о разработке или пересмотре клинических рекомендаций.
- Разработанные клинические рекомендации подлежат рассмотрению научно-практическим советом, созданным Министерством здравоохранения. Согласно Положению [6], научно-практический совет является постоянно действующим органом, созданным для рассмотрения клинических

рекомендаций и принятия решений об их одобрении, отклонении или направлении клинических рекомендаций на доработку.

Научно-практический совет осуществляет следующие функции:

1. рассматривает клинические рекомендации и принимает решение об их одобрении, отклонении или направлении на доработку в представившую их медицинскую профессиональную некоммерческую организацию с приложением соответствующего решения;
2. в случае поступления в Научно-практический совет нескольких клинических рекомендаций по одному заболеванию, состоянию (группе заболеваний, состояний) от нескольких медицинских профессиональных некоммерческих организаций принимает решение об одобрении одной из поступивших клинических рекомендаций или организует работу по совместной разработке медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, направившими указанные клинические рекомендации, одной клинической рекомендации;
3. в случае непредставления для одобрения или пересмотра медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в установленные сроки клинической рекомендации создает рабочие группы и комиссии с привлечением иных медицинских профессиональных некоммерческих организаций, имеющих в своем составе медицинских работников по соответствующей специальности, в целях разработки клинических рекомендаций.

Одобрение и утверждение клинических рекомендаций осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 28.02.2019 №104н [8]. При одобрении клинической рекомендации научно-практическим советом используются следующие критерии:

- Клинические рекомендации соответствуют требованиям, указанным в пункте 8 Порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, утвержденных настоящим приказом.

- В клинических рекомендациях представлена информация по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, диспансерного наблюдения и организации оказания медицинской помощи пациентам при заболевании или состоянии (группе заболеваний или состояний).
- В клинических рекомендациях представлены сведения о пациентах, к которым будут применяться клинические рекомендации, в том числе указаны возрастная категория и пол пациентов.
- Содержащиеся в клинических рекомендациях критерии оценки качества медицинской помощи соответствуют информации по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, диспансерного наблюдения и организации медицинской помощи пациентам при заболевании или состоянии (группе заболеваний или состояний).
- В клинических рекомендациях представлены материалы, необходимые для применения клинических рекомендаций медицинскими работниками (шкалы оценки, вопросники, информация для пациента).

Клинические рекомендации, в отношении которых научно-практическим советом принято решение об одобрении или о пересмотре, утверждаются медицинской профессиональной некоммерческой организацией в течение 15 рабочих дней со дня их получения и направляются в Министерство для размещения на официальном сайте.

Установление правового режима для клинических рекомендаций только с 2022 года не означает, что законодатель отрицает их фактическое существование на сегодняшний день. Федеральный закон от 25.12.2018 г. №489-ФЗ [3], закрепляющий статус клинических рекомендаций, прямо указывает, что клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями до дня вступления в силу указанного Федерального закона, применяются до их пе-

решения и утверждения), но не позднее 31 декабря 2021 года.

Но это не единственное легальное признание некой юридической силы клинических рекомендаций. Письмом от 08.10.2017 г. [9] за подписью министра здравоохранения В.И. Скворцовой доводится до сведения, что медицинскими профессиональными некоммерческими организациями разработаны, в том числе с учетом результатов клинической апробации, согласованы с главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации и утверждены клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Предлагается использовать клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, размещенные на официальном сайте Минздрава России в разделе «Полезные ресурсы», подраздел «Электронный рубрикатор клинических рекомендаций» (<http://cg.gosminzdrav.ru/>) в практической деятельности, и довести указанную информацию до сведения всех медицинских организаций, расположенных на территории субъекта Российской Федерации.

Действительно, право разрабатывать клинические рекомендации уже давно предоставлено профессиональным медицинским организациям на основании ст. 76 Закона об охране здоровья.

Также следует обратить и на ст. 64 Закона №323-ФЗ, регулиующую вопросы экспертизы качества медицинской помощи. Как видно из ч. 2 названной статьи критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. И снова делается отсылка к профессиональным медицинским организациям, в чьем ведении и находится разработка и утверждение клинических рекомендаций.

Таким образом, можно сделать вывод, что уже на настоящий момент клинические рекомендации могут использоваться как

документ, содержащий обязательные требования, при оценке качества оказания медицинской помощи.

Данный вывод подтвержден судебной практикой, использующей клинические рекомендации как один из возможных эталонов для оценки качества оказанной медицинской помощи.

Как следует из решения Московского районного суда г. Чебоксары Чувашской Республики от 25 ноября 2014 года по делу №2-129/2014 [11] «на основании сведений из медицинской карты стоматологического больного... экспертная комиссия пришла к выводу, что стоматологическое лечение 26-го зуба... в ГУЗ «...хозрасчетная стоматологическая поликлиника» проведено правильно, в соответствии с установленным диагнозом... В настоящее время отсутствует утвержденный Минздравсоцразвития РФ и ЧР Стандарт медицинской... <данные изъяты>. В практической стоматологии руководствуются протоколом ведения больных «Болезни <данные изъяты>», который разработан государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО «МГМСУ» Минздрава РФ) и Федеральным государственным бюджетным учреждением «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИСиЧХЛ» Минздрава РФ). Диагностика и методы лечения 26-го зуба... в ГУЗ «...хозрасчетная стоматологическая поликлиника» Минздравсоцразвития Чувашии соответствуют данному протоколу»

Кировский районный суд г. Перми в своем решении [12] отмечает, что прием пациента (истца) был осуществлен врачом-стоматологом ответчика, имеющим необходимую квалификацию согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 №1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях». Прием истца осуществлялся в строгом

соответствии с нормами действующего законодательства России, регламентирующего оказание медицинскими организациями медицинских услуг гражданам, а также в соответствии с требованиями медико-экономического стандарта СТПО 11.065.0001-2004 «Объемы диагностики и лечения больных с заболеваниями зубов и полости рта» (далее по тексту – Стандарт), определяющего объемы диагностики и лечения больных с заболеваниями зубов и полости рта, выполняемые на территории Пермской области... По оказанию истцу необходимой медицинской помощи (выполнению необходимого вида и объема лечения согласно состоянию пациента и нормам Стандарта) врачом-стоматологом Щ. истцу были даны рекомендации, соблюдение которых позволило бы достичь желаемый результат выполненного лечения, а также избежать возможных осложнений...»

Обращает на себя внимание, что суды порой опираются не на клинические рекомендации, разработанные и утвержденные медицинским профессиональным сообществом, а на данные медицинской литературы. Такая практика также подлежит осмыслению, поскольку доктрина не является в России источником права. Приведем несколько примеров.

Так, из решения Центрального районного суда г. Волгограда [13] следует, что... также при лечении врачи используют различные справочники и пособия, обобщающие врачебную практику (например, Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, 5-й выпуск, изданный Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Российской ассоциацией эндокринологов, ФГБУ Эндокринологический научный центр в 2011 г.), знания и умения, полученные в процессе учебы или повышения квалификации, личный опыт, опыт коллег, консультации специализированных учреждений, приказы и инструкции региональных государственных органов управления и т.д. Личный опыт и высокая квалификация медицинских работников имеют огромное значение для правильной диагностики и лечения заболеваний...

Безусловно, данное решение не свидетельствует о том, что медицинская литература рассматривается как некий дополнительный, акцессорный источник медицинского права повсеместно. Можем найти и обратную позицию суда.

Например, Кемеровский областной суд [14] указывает, что ...ссылка в жалобе на научный труд «Практическая терапевтическая стоматология» под редакцией Николаева А.И., Цепова Л.М. не может быть принята во внимание, так как данный источник не может быть принят в качестве доказательства, учитывая, что он не является нормативным документом, устанавливающим стандарты при оказании медицинской помощи.

Старчиков М.Ю. обращает внимание, что в ходе рассмотрения некоторых гражданских дел в здравоохранительной сфере используются такие не определенные законодательством термины, как «подходы лечения», «алгоритмы оказания медицинской помощи», «базовый алгоритм оказания медицинской помощи» [18. С. 283].

В мотивировочной части одного из судов Смоленска [15] читаем: «Согласно экспертному заключению ОБУЗ «Смоленское областное бюро СМЭ»... проведенное лечение 7-го нижнего зуба справа у пациентки Ж.Т.Д. соответствовало общепринятым и описанным в соответствующих разделах учебников и руководств подходам лечения хронического фиброзного пульпита (лечение хронического фиброзного пульпита зубов с труднопроходимыми корневыми каналами), а также объему стоматологической помощи в рамках региональной программы ОМС. Законодательно утвержденных стандартов медицинской помощи, протоколов ведения больных или алгоритмов лечения стоматологических заболеваний, о которых идет речь в рамках рассматриваемого случая, в российской стоматологии до настоящего времени не существует».

Вызывает некоторое недоумение, что суд ограничился общими фразами и не сослался на конкретные учебники и руководства, что должно рассматриваться как дефект судебного акта.

Полагаем, что медицинские организации вправе строить свою правовую позицию в суде на данных медицинской литературы (конечно, с указанием конкретных источников). Но это должно происходить с опорой на нормы Гражданского кодекса Российской Федерации [1] об обычаях.

Согласно ст. 5 ГК РФ, обычая признается сложившееся и широко применяемое в какой-либо области предпринимательской или иной деятельности, не предусмотренное законодательством правило поведения, независимо от того, зафиксировано ли оно в каком-либо документе.

Верховный Суд в Постановлении Пленума №25 от 23.06.2015 г. [10] дает толкование этой норме.

Под обычаям, который в силу статьи 5 ГК РФ может быть применен судом при разрешении гражданско-правового спора, следует понимать не предусмотренное законодательством, но сложившееся, то есть достаточно определенное в своем содержании, широко применяемое правило поведения при установлении и осуществлении гражданских прав и исполнении гражданских обязанностей не только в предпринимательской, но и иной деятельности, на-

пример, определение гражданами порядка пользования общим имуществом, исполнение тех или иных обязательств.

Подлежит применению обычая как зафиксированный в каком-либо документе (опубликованный в печати, изложенный в решении суда по конкретному делу, содержащему сходные обстоятельства, засвидетельствованный Торгово-промышленной палатой Российской Федерации), так и существующий независимо от такой фиксации. Доказать существование обычая должна сторона, которая на него ссылается (статья 56 ГПК РФ, статья 65 АПК РФ).

Считаем, что данные медицинской литературы могут рассматриваться как обычай в его правовом смысле по следующим основаниям:

- имеется достаточная определенность содержания,
- широкая применимость при оказании медицинской помощи.

Таким образом, можно сделать вывод, что на настоящий момент клинические рекомендации могут применяться как правовые обычаи, а с 2022 года – как квази-источник медицинского права в силу прямой отсылки Закона об охране здоровья.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ // «Российская газета», №238-239, 08.12.1994.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 24.10.2019).
3. Федеральный закон от 25.12.2018 №489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» // «Российская газета», №294, 28.12.2018.
4. Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 года (утв. Правительством РФ 14 мая 2015 г.). // URL: <http://government.ru/news/18119/> (дата обращения: 24.10.2019).
5. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации» // URL: <https://rg.ru/2019/05/29/minzdrav-prikaz101-site-dok.html> (дата обращения: 24.10.2019).
6. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №102н «Об утверждении Положения о научно-практическом совете Министерства здравоохранения Российской Федерации» // URL: <https://rg.ru/2019/04/02/minzdrav-prikaz102-site-dok.html> (дата обращения: 24.10.2019).

7. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» // URL: <https://rg.ru/2019/05/16/minzdrav-prikaz-103n-site-dok.html> (дата обращения: 24.10.2019).
8. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №104н «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре» // URL: <https://rg.ru/2019/09/10/minzdrav-prikaz104-site-dok.html> (дата обращения: 24.10.2019).
9. Письмо Минздрава России от 06.10.2017 №17-4/10/2-6989 «О клинических рекомендациях (протоколах лечения) по вопросам оказания медицинской помощи» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319682/#dsto (дата обращения: 24.10.2019).
10. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 23.06.2015 №25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» // «Бюллетень Верховного Суда РФ», №8, август, 2015.
11. Решение Московского районного суда г. Чебоксары Чувашской Республики от 25 ноября 2014 года по делу №2-129/2014 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/il6cHzhSMO5Y/> (дата обращения: 24.10.2019).
12. Решение Кировского районного суда г. Перми от 12 февраля 2015 года по делу №2-4/2015 // URL: <https://clck.ru/ML8Uz> (дата обращения 04.12.2018).
13. Решение Центрального районного суда г. Волгограда от 05.07.2017 по делу №2-3106/2017 // URL: https://zent-vol.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=20157949&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения 04.12.2018).
14. Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Кемеровского областного суда от 10.07.2014 по делу №33-6519/2014 // URL: https://oblsud--kmr.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=3512103&delo_id=5&new=5&text_number=1 (дата обращения 04.12.2018).
15. Решение Промышленного районного суда г. Смоленска от 22 декабря 2014 года по делу №2-112/2014 // URL: https://prom--sml.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=7608018&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения 04.12.2018).
16. Куранов В.Г., Семешко А.И. Правовое значение норм врачебной этики. // Медицинское право: теория и практика. 2015. Т. 1. №1 (1). С. 83-88.
17. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов // URL: https://economy.gov.ru/material/file/98577e833c30a1ac63a1b8058825fe71/prgnoz2018_2020.pdf (дата обращения 04.12.2018).
18. Старчиков М.Ю. Юридически значимые медицинские документы: нормативные положения, типовые формы и судебная практика (справочное пособие с ситуационными задачами и ответами на них) // М.: Инфотропик Медиа, 2018. 314 с.

Об авторе:

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

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

© Куранов В.Г., 2020

Коско С.А., Чеснокова Е.А.

ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Данное исследование было выполнено на базе стоматологической поликлиники города Санкт-Петербурга. Целью работы является повышение роли ИДС в контексте эффективности взаимодействия врача и пациента и как следствие повышение качества лечения и улучшение правовой защищенности обеих сторон.

В ходе работы были рассмотрены существующие концепции информированного добровольного согласия, психологические аспекты применения ИДС, а также проведен анализ проблем применения ИДС с примерами из судебной практики.

Также было проведено анкетирование врачей-стоматологов, а также пациентов на базе стоматологической поликлиники, в ходе которого было выяснено, что, не смотря на то, что врачи уверены в том, что в полном объеме информируют пациентов относительно различных аспектов предстоящего лечения, сами пациенты отмечают наличие дефектов информирования на различных этапах.

В результате проведенной работы нами был составлен список рекомендаций для врачей и руководителей медицинских организаций, основанный на анализе выявленных проблем. Перечень рекомендаций включает в себя такие пункты как: выдача экземпляра ИДС на руки пациенту; использование различных мультимедийных материалов при информировании пациента относительно медицинского вмешательства; индивидуализация ИДС; проведение обучения сотрудников медицинских организаций.

Ключевые слова: медицинское право, право пациента на информацию, качество оказания медицинской помощи, добровольное информированное согласие в стоматологии

Sofia Kosko, Ekaterina Chesnokova

PROBLEMS OF INFORMED VOLUNTARY CONSENT TO DENTISTRY

This study was performed on the basis of the dental clinic of St. Petersburg.

The aim of the work is to increase the role of voluntary informed consent in the context of the effectiveness of the interaction between the doctor and the patient and, as a result, improve the quality of treatment and improve the legal protection of both parties.

In the course of the work, the existing concepts of informed voluntary consent, psychological aspects of the use of voluntary informed consent were reviewed, and an analysis of the problems of applying voluntary informed consent with examples from judicial practice was carried out.

There was also a survey of dentists, as well as patients of the district dental clinic, during which serious differences were found between the perception of the process of special information from doctors and patients.

As a result of our work, we compiled a list of recommendations for doctors and heads of medical organizations, based on an analysis of the problems identified. The list of recommendations includes such items as: issuance of a copy of the voluntary informed consent in the hands of the patient; the use of various multimedia materials in informing the patient about medical intervention; individualization of voluntary informed consent; conducting training for employees of medical organizations.

Keywords: medical law, patient's right to information, quality of medical care, voluntary informed consent in dentistry

Право на здоровье является конституционным правом каждого человека. Данное конституционное положение находит свое развитие в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №2 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому каждый гражданин имеет право на охрану здоровья, на медицинскую помощь (ст. 18,19).

Проблемы, связанные с нарушением здоровья человека, препятствуют исполнению его социальной роли, реализации его способностей, желаний.

Изучение отношения к необходимости лечения, в том числе – стоматологического, обусловлено, во-первых, значимостью, придаваемой этой системе органов в жизнедеятельности организма, информированностью населения о серьезности определенных заболеваний. Недооценка основной массой населения влияния стоматологической патологии на органы и системы организма, а также отношение к заболеваниям полости рта как к второстепенной проблеме неизбежно приводит к увеличению распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний.

Анализ литературы и судебно-медицинских экспертиз по гражданским искам к медицинским учреждениям свидетельствует о росте случаев обращения пациентов в судебные органы и региональные органы защиты прав потребителей с исками о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи [11]. Кроме того, отмечается тенденция к появлению пациентов-кверулянтов, для которых конфликт – это источник финансового дохода [5]. Здесь, наоборот, можно говорить о высокой степени информированности данных пациентов, которую они используют для извлечения прибыли, спекулируя на врачебных ошибках.

Таким образом, информированность пациентов оказывает существенное влияние на эффективность стоматологической помощи, однако до сих пор не существует единой формы информированного добровольного согласия ни на один вид вмешательства в стоматологию; нет данных о том, какой объем информации врач должен

представлять пациенту относительно того или иного метода лечения.

Информированное согласие соответствует уложениям Нюрнбергского кодекса (1947 г.), Биллю о правах пациентов Американской ассоциации больниц (1973 г.), Лиссабонской декларации о правах пациента (1981, 1985 гг.). В Российской Федерации концепция информированного добровольного согласия приобрела актуальность в связи с ратификацией Россией Декларации прав человека (март 1999 г.). Идея нашла отражение в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В статьях этого документа перечислены общие права пациента, в частности: право на выбор врача, информированное добровольное согласие, отказ от медицинского вмешательства, на информацию о своем здоровье и всех аспектах предлагаемых или проведенных медицинских вмешательств [10, с.6].

ИДС вытекает из принципа информирования потребителей, в том числе и пациентов, который в общем виде нашел свое выражение в ст.ст. 8, 10 Закона о защите прав потребителей, в соответствии с которым продавец (исполнитель, изготовитель) обязан предоставить потребителю необходимую и достоверную информацию о товаре (работе, услуге), соответствующую требованиям к ее содержанию и способам предоставления, установленным законом и (или) иными правовыми актами (в частности, по отдельным видам товаров (работ, услуг) перечень и способы доведения информации до потребителя устанавливаются Правительством Российской Федерации).

В правоотношениях с участием потребителей информация является одним из критериев выбора потребителей. Только на основании достоверной и полной информации потребитель может выбрать товар, который обладает всеми необходимыми ему свойствами. Таким образом, с правом потребителей на информацию связано их право на выбор. Как справедливо отмечает Н.О. Бажанов, информация должна содержать общие требования, которые предъявляются к содержанию информации обо всех

товарах (цена, правила и условия эффективного и безопасного пользования, адреса изготовителя и т.д.), а также специальные требования, которым должна соответствовать информация о продуктах питания, непродовольственных товарах, работах и услугах [3].

Указанная информация в наглядной и доступной форме доводится до сведения потребителей при заключении договоров купли-продажи и договоров о выполнении работ (оказании услуг) способами, принятыми в отдельных сферах обслуживания потребителей, на русском языке, а дополнительно, по усмотрению изготовителя (исполнителя, продавца), – на государственных языках субъектов РФ и родных языках народов РФ. Информация должна содержать общие требования, которые предъявляются к содержанию информации обо всех товарах (цена, правила и условия эффективного и безопасного пользования, адреса изготовителя и т.д.), а также специальные требования, которым должна соответствовать информация о продуктах питания, непродовольственных товарах, работах и услугах.

Между тем, предоставление информации исполнителем платных медицинских услуг имеет свои особенности, которые исходят из содержания Закона 323-ФЗ, Закона РФ №2300-1, Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006 (далее – Правила).

Право на информацию фигурирует в Законе 323-ФЗ в различных контекстах, в частности, закреплено право на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья (подп. 5 п.5 ст. 19); о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации (п. 7 ст. 21); о состоянии здоровья (ст. 22); о факторах, влияющих на здоровье (ст. 23) и пр. Статьи 8 и 9 Закона о защите прав потребителей регламентируют право пациента, то

есть потребителя на информацию об изготовителе (исполнителе, продавце), режиме его работы и реализуемых им товарах (работах, услугах). Более конкретно право на информацию пациента-потребителя раскрывается в Правилах. В частности, третий раздел полностью посвящен информации об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

Целью исследования являлось определение роли ИДС в контексте эффективности взаимодействия врача и пациента, повышения качества лечения и улучшения правовой защищенности обеих сторон.

Для реализации данной цели были поставлены и решены следующие задачи:

1. Проанализировать концепцию информированного согласия.
2. Выявить роль информированного согласия в стоматологической практике.
3. Исследовать недостаточную информированность пациента как источник конфликта и фактор принятия неверных решений в стоматологической практике.
4. Оценить влияние недостаточного информирования пациентов на различные аспекты работы стоматологических клиник.
5. Предложить пути решения проблемы надлежащего информирования пациентов.

В ходе работы были разработаны две анкеты, позволяющие выявить особенности взаимодействия врача и пациента при оформлении добровольного информированного согласия, изучить объемы и качество информирования пациентов на различных этапах лечения в стоматологической поликлинике.

Анкетирование проводилось на базе стоматологической поликлиники г. Санкт-Петербурга, в исследовании приняли участие 30 врачей и 80 пациентов.

При сопоставлении результатов анкетирования врачей и пациентов, выявляется множество несоответствий между тем, что утверждают врачи и тем, как воспринимают ситуацию пациенты. В частности, 80% врачей утверждают, что всегда подписывают с пациентом ИДС перед началом лечения, а 20% – после. Соответственно,

случаев, когда ИДС не оформляется, не предполагается. Однако, согласно мнению пациентов, 37,35% опрошенных хотя бы раз встречались с тем, что им не было предложено подписать ИДС.

С одной стороны, данное несоответствие (как и последующие, которые будут рассмотрены ниже) можно объяснить тем, что врачи отвечали на вопросы анкеты, руководствуясь не тем, как они поступают в действительности, а тем, как нужно поступать в соответствии с установленными правилами. С другой стороны, анкетирование проводилось анонимно, а значит, у врачей не было поводов опасаться каких-либо санкций за «неправильные» ответы. Поэтому, мы будем предполагать, что врачи отвечали на предоставленные вопросы в соответствии с их личным опытом. В таком случае, напрашивается вывод о том, что врачи недостаточно подробно объясняют пациенту, что за документ предлагают на подпись, если 22,5 % опрошенных уверены в том, что подписывали его только при первом обращении, а 7,5% – вообще ни разу.

Аналогичные выводы можно сделать относительно составления плана лечения. 70% врачей утверждают, что обсуждают с пациентами план лечения устно, 20% – помимо устного обсуждения, оформляют план лечения в письменном (или электронном) виде. При этом только 17,5 % пациентов утверждают, что получили на руки план лечения и 36,25% отметили, что с ними план лечения был обсужден устно. Получается, что оставшиеся 46,25% не получили никакой информации относительно того, как будет проходить их лечение. Сложно представить себе врача, который вообще не информирует пациента о необходимости тех или иных медицинских манипуляций, а также их последовательности (по сути это и является планом лечения). Однако намного проще представить себе ситуацию, когда стоматолог проговаривает все пункты плана быстро, используя множество медицинских терминов, или же делает это параллельно с какими-либо манипуляциями (например, во время проведения осмотра полости рта или местной анестезии). В таком случае с большой долей вероятности

пациент не уделит должного внимания услышанному и не сможет адекватно воспринять полученную информацию. В итоге мы получаем огромное количество конфликтных ситуаций «на ровном месте»; врач уверен, что информировал пациента должным образом, а пациент считает, что его ни о чем не предупредили (руководствуясь аксиомой «я не помню, значит, этого не было»).

Примерно такая же ситуация и с вопросом о рекомендациях: 53,3% опрошенных стоматологов утверждают, что всегда дают рекомендации в устной форме; 33,3% всегда и в устной, и в письменной; 10% обычно в устной, иногда в письменной; 3,4% – всегда только в письменной. Стоит заметить, что вариант «не даю рекомендаций» нигде не фигурирует, соответственно, если верить врачам, в том или ином виде пациент все-таки получает различные указания о дальнейших действиях. Почему же тогда на вопрос о том, в каком виде пациенты получали рекомендации, 36,25% респондентов отвечают, что вообще не получали рекомендаций?

Отвечая на данный вопрос, нельзя не взять во внимание и результаты опроса относительно времени, которое стоматологи тратят на разговор с пациентом.

Большая часть врачей (83,3% опрошенных) уделяют общению не более 15 минут (причем больше половины из них тратят не более 5 минут). Весьма сложно поверить в то, что за такое короткое время врач способен рассказать обо всех возможных вариантах лечения, особенностях манипуляций, возможных рисках, осложнениях, а также вариантах действия в случае их наступления. Причем не стоит забывать о том, что просто рассказать недостаточно – нужно добиться полного понимания всего сказанного пациентом.

Анализ вышеперечисленных несоответствий между словами врачей и пациентов наталкивает на выводы о недостаточном информировании пациентов относительно методов лечения и их альтернативах, возможных сложностях на различных этапах, рисках, возможных неудачах и порядком действия в случае их наступления. Причем во внимание стоит брать не только качество

и количество информации, но и те условия, в которых она преподносится. Если человек искренне уверен в том, что ему о чем-либо не сообщили (случаи, когда факты искажаются пациентами с целью получения материальной выгоды, мы не рассматриваем) – это в первую очередь проблема медицинского работника. Потому как именно врач обладает специальными знаниями, и в его обязанности входит не просто донести информацию до пациента, но и сделать это в доступной для него форме, имея первоочередной целью повышение уровня его здоровья. Одним пациентам необходимо повторять одно и то же по несколько раз, другим – демонстрировать что-то на моделях и муляжах, третьим показывать иллюстрации и анимации и так далее. Каждому отдельному пациенту может потребоваться свой подход. Не так важно, каким методом будет достигнута конечная цель: стоматолог должен быть уверен в том, что все, что он сообщил своему пациенту, тот услышал, понял и адекватно воспринял. Ведь результат лечения зависит не только от непосредственной работы врача, но и от дальнейших действий пациента.

Вопрос об информировании пациентов относительно возможных осложнений снова подтверждает гипотезу низком уровне информирования пациентов. Среди всех опрошенных, только 57,5% указали, что были предупреждены о возможных осложнениях (при этом наступили осложнения у 26,25%). 42,5% считают, что не были предупреждены о возможных осложнениях (причем у 23,75% они возникли). Важно понимать, что любая ситуация, в которой фигурирует человек, не предупрежденный о возможных осложнениях, является потенциально конфликтной.

Любой психически здоровый представитель общества переживает за свою жизнь и стремится к сохранению своего здоровья. Поэтому в случае, когда после проведенного лечения происходит ухудшение состояния, к которому пациент не был готов, естественно ожидать эмоциональной реакции. Человек будет испытывать страх за свое здоровье, а также высказывать сомнения относительно квалификации врача

и недовольство в адрес медицинской организации. Для врача любой специальности важно не только быть высококвалифицированным специалистом в своей области, но и уметь грамотно общаться с пациентами. Как показывает практика, зачастую это бывает намного сложнее и требует больших физических и эмоциональных затрат.

Было бы неправильно предполагать, что дефекты информирования никаким образом не сказываются на работе медицинских организаций. Для того, чтобы выяснить, как именно меняется отношение пациентов к врачам и стоматологическим клиникам, в которых они работают, был проведен онлайн-опрос на базе сервиса Survio. Участие в нем приняли 100 респондентов.

Результаты данного опроса дают возможность с определенной точностью говорить о том, что недостаточное и некачественное информирование пациентов негативно сказывается на имидже врач. Также оно приводит к экономическим потерям как отдельно взятого стоматолога, так и клиники в целом. Большинство тех, кто узнает о том, что по тем или иным причинам не получили от стоматолога полной информации, так или иначе касающейся лечения, предпочитают продолжать лечение у другого врача (12%) или в другой клинике (75%). Помимо прямых экономических потерь, связанных с уходом недовольного пациента из медицинской организации, существуют и косвенные потери. Они связаны с тем, что человек, который получил негативный опыт в стоматологической клинике, вряд ли посоветует кому-то из своих знакомых туда обратиться. Данное утверждение полностью подтверждается вопросом о выборе лечащего врача. Абсолютное большинство опрошенных (71% респондентов) предпочитают обращаться к стоматологам по рекомендации друзей или знакомых, а еще 7% – по отзывам в интернете.

Анализ правоприменительной практики в отношении вопросов добровольного информированного согласия показывает, что в настоящее время тенденция такова, что суды признают право пациента на информацию необходимым условием качественного оказания медицинской услуги.

При разрешении споров должен применяться закон о защите прав потребителей, в соответствии с которым информирование пациента является одним из критериев качества медицинской помощи.

Стоит обратить внимание на решение Верховного Суда Российской Федерации от 27.03.2018. Из материалов дело известно, что истец обратился в суд с иском к ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова». Между сторонами был заключён договор на проведение имплантологического лечения с последующим протезированием на установленные имплантаты. В связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи зубной ряд восстановлен не был, протезирование на установленные ответчиком имплантаты невозможно, о чём он предупреждён не был. Решениями районного и городского судов в удовлетворении исковых требований было отказано. На момент проведения синус-лифтинга у пациента имелось заболевание – хронический генерализованный пародонтит, который является противопоказанием для установления дентальных имплантатов. В то же время установлено, что сам синус-лифтинг был проведён должным образом и вреда здоровью не причинил. В соответствии с этим, суд указал, что вина ответчика в причинении вреда здоровью и в оказании некачественных медицинских услуг не установлена.

Судебная коллегия городского суда указала, что истцу оказаны надлежащего качества медицинские услуги, на предоставление которых он добровольно дал согласие (сославшись на положения Гражданского кодекса Российской Федерации, регулирующие отношения по договору возмездного оказания услуг) и оставила решение районного суда без изменений.

Получается, что суд отказал в иске, сославшись на неустановление нарушений со стороны ответчика, которые бы привели к негативному для истца результату. При этом не были применены положения закона о защите прав потребителя. Однако, в соответствии с постановлением Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2012 «О рассмотрении дел по спорам

о защите прав потребителей» разъяснено, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей.

В соответствии с пунктом 4 статьи 13 Закона о защите прав потребителей изготовитель (исполнитель, продавец, уполномоченная организация или уполномоченный индивидуальный предприниматель, импортер) освобождается от ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что неисполнение обязательств или их ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Таким образом, обязанность доказать отсутствие оснований ответственности должна быть возложена на ответчика, который в силу своей профессиональной деятельности обладает соответствующей компетенцией. Кроме того, в силу пункта 1 статьи 9 указанного выше закона исполнитель обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора, в том числе относительно заключения договора, уплаты цены либо отказа от этого.

Таким образом, для разрешения спора необходимо было выяснить вопрос о том, была ли предоставлена истцу надлежащая информация о характере медицинской помощи, наличии противопоказаний для неё, о степени вероятности достижения желаемого результата и о риске неблагоприятных последствий.

Из установленных судом обстоятельств следует, что операция синус-лифтинга являлась подготовкой для установки имплантатов и проводилась исключительно с этой целью, однако имеющиеся у истца противопоказания не позволили впоследствии установить имплантаты. Согласно выводов экспертов при планировании и подготовке ортопедического лечения с использованием имплантатов лечащий врач должен учесть наличие таких заболеваний, как хро-

нический генерализированный пародонтит и частичное отсутствие зубов.

Таким образом, по настоящему делу ответчик должен был доказать, что истец до проведения синус-лифтинга был предупрежден о невозможности впоследствии установить имплантаты, либо то, что на этом этапе выявить противопоказания для имплантации было невозможно.

Основой доказательной базы в данном случае является информированное добровольное согласие, причем важно не фактическое наличие подписанного бланка, а именно содержание документа.

В результате проделанной работы мы пришли к следующим выводам:

1. Анализ актуальной литературы, а также судебной практики показывает высокую значимость наличия ИДС, как одного из критериев качества оказания медицинской помощи.
2. По результатам проведенного исследования были выявлены серьезные различия между восприятием процесса специального информирования со стороны врачей и пациентов. Обнаруженные несоответствия доказывают наличие серьезных недостатков в вопросах осведомления пациентов относительно деталей проводимого лечения.
3. Недостаточное и некачественное информирование пациентов приводит к снижению уровня удовлетворенности пациента лечением, а также меняет отношение к врачу и медицинской организации в худшую сторону.
4. Дефекты информирования пациентов на различных этапах лечения в большинстве случаев приводят к различным видам экономических потерь, а также могут явиться причиной жалоб и конфликтов.

Основываясь на полученных результатах и исходя из сделанных выводов, мы сформулировали следующие практические рекомендации:

1. В целях повышения значимости ИДС в сознании пациента, а также фокусиров-

ки его внимания на отдельных, особенно важных пунктах в каждом конкретном случае предлагается оформление документа в двух экземплярах и выдача одного из них на руки пациенту с целью более детального ознакомления.

2. Для большей эффективности информирования пациентов относительно различных аспектов предстоящего лечения рекомендуется использование заранее подготовленных мультимедийных материалов (презентации, фотографии, плакаты, схемы, фильмы), моделей, муляжей и прочих материалов, предназначенных для наглядной демонстрации этапов предполагаемого медицинского вмешательства, ожидаемых результатов, предполагаемых осложнений. При этом целесообразно сделать соответствующую запись в ИДС, указывающую на то, что при информировании пациента были использованы дополнительные ресурсы.
3. В целях улучшения правовой защищенности врачей в бланк ИДС предлагается включить два раздела. Первый раздел предназначен для общей информации о медицинском вмешательстве, которая должна включать описание методики вмешательства, его цели, предполагаемые результаты, возможные осложнения. Во второй раздел следует включить особые обстоятельства, связанные с различными особенностями конкретного пациента, которые могут повлиять на положения, указанные в первой части ИДС и каким-либо образом изменить их.
4. Для повышения качества оказания медицинской помощи рекомендуется проведение инструктажа и обучения сотрудников медицинских организаций, направленное на формирование осознанного отношения врачей к ИДС как к значимому документу, а также к процессу информирования пациентов, как одному из важнейших аспектов работы медицинского работника, отражающего его профессионализм.

Список литературы:

1. Аббасова А. Информированное согласие – защита пациента и врача // Биоэтика. 2012. №2. С. 60.
2. Бажанов Н.О., Иваненко Н.С. Правовые аспекты информированного добровольного согласия // Медицинское право. 2012. №6. С. 13-16.
3. Бажанов Н. О. Медико-правовые аспекты информированного добровольного согласия / Н.О. Бажанов, Н.С. Иваненко // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. №6.
4. Богдан В.В. Принцип информирования как необходимая составляющая реализации прав граждан на охрану здоровья при оказании платных медицинских услуг // В сборнике: Правовые и социально-экономические проблемы современной России: теория и практика сборник статей V международной научно-практической конференции. 2016. С. 18-23.
5. Бойко В.В., Кураскуа А.А. Информированное добровольное согласие пациента на лечение: особенности внедрения в стоматологическую практику // Институт стоматологии. 2005. №1 (26). С. 14-18.
6. Бударин Г.Ю., Эртель Л.А. Реализация права граждан на информированное добровольное согласие в рамках действующего законодательства Российской Федерации // Медицинское право. 2013. №4. С. 30-34.
7. Ерофеев С.В., Ерофеева И.С. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики // Медицинское право. 2006. №3 (15). С. 42-48.
8. Магсумов Т.А., Магсумова Р.М. Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство в стоматологии: проблемы практического применения // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2019. №2. С. 310-312.
9. Медведева Л.М., Вешнева С.А. Информированное согласие как реализация прав пациента: ретроспектива проблемы // Биоэтика. 2012. №1. С. 34-40. №4. С. 310-312.
10. Седова Н.Н., Соломатина Е.В. Правовая концепция информированного согласия: достижения и потери // Медицинское право. 2015. №2. С. 6-11.
11. Соломатина Е.С. Реализация концепции информированного согласия пациента в стоматологической практике. Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Волгогр. гос. мед. ун-т. Волгоград, 2014.

Об авторах:

Коско Софья Андреевна – ординатор 1 года обучения по направлению «Стоматология общей практики» Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, kosko.sonya@mail.ru

Чеснокова Екатерина Александровна – доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат медицинских наук, магистр права, Санкт-Петербург

Sofia Andreevna Kosko – resident 1 year of study «General Dentistry» St. Petersburg State University, St. Petersburg

Ekaterina Aleksandrovna Chesnokova – Associate Professor, Department of Health Care Organization and Medical Law, St. Petersburg State University, Candidate of Medical Sciences, Master of Laws, St. Petersburg

Попов О.Ю., Гуров И.В.

ПРАВОВЫЕ РИСКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

В настоящей статье рассмотрены основные аспекты наступления правовых рисков для медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи несовершеннолетним вне медицинской организации. Авторами подчеркнута актуальность исследования, а также приведены основные ситуации, в которых медперсоналу требуется особая внимательность. В ходе исследования выявлены основные пробелы в действующем законодательстве, регламентирующем оказание медицинской помощи несовершеннолетним. Сделанные выводы и предложения имеют практическую и научную ценность и могут быть использованы как в медицинской практике, так и в разработке нормативно-правовых актов.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, несовершеннолетние, законные представители, медицинские работники, правовые риски, правовая ответственность

Oleg Popov, Igor Gurov

LEGAL RISKS OF MEDICAL STAFF OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO MINORS OUTSIDE THE MEDICAL ORGANIZATION

This article describes the main aspects of the occurrence of legal risks for medical workers of emergency medical teams in the provision of medical care to minors outside the medical organization. The author emphasizes the relevance of the study, as well as the main situations in which the medical staff requires special care. In the course of the research the main gaps in the current legislation regulating the provision of medical care to minors are given. The conclusions and proposals are of practical and scientific value and can be used both in medical practice and in the development of regulatory legal acts.

Keywords: emergency medical service, minors, legal representative, medical staff, legal risks, legal responsibility

Скорая медицинская помощь является одним из самых ответственных видов медицинской помощи, так как оказывается гражданам при экстренных и неотложных состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, и в подавляющем большинстве случаев – вне медицинской организации – то есть в любом месте по месту вызова бригады скорой медицинской помощи – на улице, в квартире больного и т.д., а также в транспортном средстве при

медицинской эвакуации больного в медицинское учреждение.

Для профессиональной деятельности медицинского персонала выездных бригад скорой медицинской помощи характерны как правильное диагностирование угрожающего жизни пациента состояния, так и быстрая реакция в подборе эффективных реанимационных мер или неотложной терапии для устранения угрозы жизни больного.

Ввиду нарастающей правовой ответственности, медицинские работники выездных бригад скорой медицинской помощи должны оценивать возможные правовые риски своих действий, в особенности при оказании медицинской помощи несовершеннолетним гражданам.

В семантическом и правовом смысле для определения любого риска чаще всего используется показатель вероятности возникновения негативного исхода в случаях, когда целью риска являлось позитивное начало действий (бездействия) на удачу, надежда на благоприятный исход.

Актуальность настоящего исследования во многом обусловлена, с одной стороны, рисками наступления правовых последствий для медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи несовершеннолетним пациентам, с другой – отсутствием соответствующего регламента, определяющего порядок оказания такой помощи, по примеру действующего порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях [4].

Таким образом, оказание скорой медицинской помощи несовершеннолетним подпадает под общий порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный Приказом Минздрава РФ от 20.06.2013 №388н [3], который не учитывает специфики оказания помощи несовершеннолетним.

При исполнении своих должностных обязанностей медицинские работники выездных бригад скорой помощи должны учитывать следующие правовые особенности:

1. ограниченную гражданскую дееспособность пациента, не достигшего совершеннолетия;
2. возраст, с которого несовершеннолетний наделяется правом на дачу информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказ от него;
3. сохранение сведений, составляющих врачебную тайну.

В каждом конкретном случае требуется нахождение состояния правового баланса (или компромисса), при котором одновременно соблюдаются (не нарушаются) права всех участников – несовершеннолетнего пациента, его законных представителей и медицинского работника, непосредственно оказывающего медицинскую помощь.

Медицинский работник должен знать, что с увеличением возраста несовершеннолетнего пациента объем его гражданских прав возрастает.

Все юридически значимые действия в отношении лиц с момента рождения до 18 лет проводятся с согласия их законных представителей (родители, опекуны, усыновители).

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее – ИДС) в отношении несовершеннолетнего, не достигшего 15-летнего возраста, или больного наркоманией, не достигшего 16-летнего возраста, или отказ от него дает законный представитель несовершеннолетнего (часть 2 статьи 20, часть 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ) [2].

Таким образом, ИДС, принятое лично от несовершеннолетнего, не достигшего 15-летнего возраста (больного наркоманией, не достигшего 16-летнего возраста) не является юридически значимым документом, что является повышенным риском привлечения медицинской организации к административной ответственности, а медицинского работника в случае причинения ущерба здоровью (жизни) пациента – к уголовной ответственности.

Несоблюдение письменной формы согласия (отказа) на медицинское вмешательство или отказа от него является нарушением действующего законодательства. Обязательным является и наличие двух подписей – самого несовершеннолетнего (его законного представителя) и медицинского работника, оформившего такое согласие (отказ).

Важно иметь в виду следующее, что без правильно оформленного согласия на медицинское вмешательство, даже при наличии устного одобрения или соответствующих

конклюдентных действий со стороны пациента (его законного представителя), медицинский работник не должен осуществлять каких-либо медицинских манипуляций.

В настоящее время порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства при оказании скорой медицинской помощи не утверждены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, как установлено частью 8 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ.

Единственным документом, подтверждающим дачу согласия на медицинское вмешательство или отказа от него при оказании скорой медицинской помощи, является карта вызова скорой медицинской помощи (форма №110-У), утвержденная Приказом Минздравсоцразвития РФ №942 от 02.12.2009 г. [5]. Пункты 29, 30 карты вызова регламентируют письменное подтверждение пациента (его законного представителя) данных ему перед началом оказания медицинской помощи разъяснений рисков возможных осложнений как при оказании медицинской помощи, так и при отказе от нее, полученного от медицинского работника выездной бригады скорой помощи.

Реализация данных прав пациента ограничивает обязанности медицинского работника, тем самым образуя правовую коллизию.

По мнению авторов, получение ИДС от пациента (его законного представителя), при условии, что оно должно быть предварительным, данным до начала медицинского вмешательства, является избыточным требованием, установленным по общему правилу статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ, при оказании скорой медицинской помощи.

Оказание скорой медицинской помощи является срочным медицинским вмешательством, и его промедление влечет негативные последствия для жизни и здоровья пациента.

Еще одним аспектом правовых рисков медицинских работников выездных бригад скорой помощи является оказание платных медицинских услуг несовершеннолетним пациентам в возрасте от 15 до 18 лет.

По общему правилу, несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет совершают сделки с письменного согласия своих законных представителей – родителей, усыновителей или попечителя (пункт 1 статьи 26 ГК РФ) [1], к которым относятся и договоры оказания платных медицинских услуг, и в частности, оказания платных услуг скорой медицинской помощи частными учреждениями здравоохранения. Плательщиком денежных средств и, соответственно, заказчиком по такому договору выступает законный представитель несовершеннолетнего. Необходимо обратить внимание, что договор оказания платных медицинских услуг в данном случае будет двусторонним, поскольку отсутствие у несовершеннолетних права на совершение сделок означает и невозможность выступать в роли стороны этих сделок, то есть права на подписание договора. В договоре при этом указывается, что заказчиком (законным представителем) будут оплачены медицинские услуги, которые оказываются конкретному ребенку.

В случае отказа от медицинского вмешательства несовершеннолетнего пациента в возрасте 15 лет и старше оказание ему медицинской помощи действующим законодательством не допускается. Исключение составляет медицинское вмешательство, необходимое по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни несовершеннолетнего и, если его состояние не позволяет выразить свою волю (пункт 1 части 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ).

К сожалению, формируется еще одна правовая коллизия, при которой исполнение обязанности родителя по нормам одного закона ограничивается нормой другого, т.е. право ребенка на дачу ИДС на медицинское вмешательство и отказ от него может явиться препятствием для надлежащего исполнения родителем своей обязанности по охране здоровья ребенка.

При оказании скорой медицинской помощи несовершеннолетнему в период обучения в образовательной организации медицинские работники выездных бригад скорой помощи должны знать, что по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни или при отсутствии законных представителей согласие на медицинское вмешательство не требуется согласно пункту 1 части 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ, но такое решение должно быть внесено в медицинскую документацию пациента (карта вызова) и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации). Педагогический или медицинский работник образовательной организации, осуществивший вызов скорой помощи к несовершеннолетнему, информирует законных представителей несовершеннолетнего об обращении в службу скорой медицинской помощи.

Еще один фактор правовых рисков для медицинских работников – это защита сведений, составляющих врачебную тайну.

В соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 73 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ медицинские работники обязаны соблюдать врачебную тайну.

Сведения о состоянии здоровья и диагнозе несовершеннолетнего, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (статья 13 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ).

Согласно пункту 7 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ каждый пациент имеет право на защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

Если несовершеннолетний пациент достиг возраста 15 лет, то медицинский работник выездной бригады скорой помощи обязан попросить всех присутствующих удалиться, перед тем как начать осмотр пациента, если сам несовершеннолетний не выразит свое согласие на присутствие окружающих.

При оказании медицинской помощи несовершеннолетнему медицинские работники должны помнить, что родственники

несовершеннолетнего, которые не являются его законными представителями (дедушки, бабушки, братья, сестры, няни и т.д.), не вправе знакомиться с медицинской документацией, а также получать информацию о состоянии его здоровья, если на это нет письменного согласия законного представителя несовершеннолетнего, не достигшего 15-летнего возраста или самого несовершеннолетнего, достигшего 15-летнего возраста, которое оформлено надлежащим образом (пункт 4 части 4 статьи 13, часть 4 статьи 22 Федерального закона №323-ФЗ).

Одним из ключевых пробелов действующих нормативно-правовых актов о медицинской помощи несовершеннолетним, по мнению авторов, является отсутствие регламентированных обязанностей законных представителей несовершеннолетних при оказании им медицинской, в том числе скорой медицинской помощи, а также регламент взаимодействия медицинского работника с законным представителем несовершеннолетнего.

К примеру: должен ли медицинский работник проводить идентификацию личности законного представителя, требовать предоставление документов, подтверждающих его законные права и обязанности в отношении несовершеннолетнего и в каком порядке? Обязан ли законный представитель предъявлять медицинскому работнику требуемые документы? Как медицинский работник должен оформлять письменное согласие на медицинское вмешательство (отказ от вмешательства/госпитализации) в случае получения только устного согласия (отказа) законного представителя несовершеннолетнего и отказа от подписи в карте вызова? И т.д.

По мнению авторов, все эти вопросы должны быть регламентированы отдельным порядком оказания скорой медицинской помощи несовершеннолетним и конкретизацией обязанностей законных представителей в сфере охраны здоровья несовершеннолетних в главе 12 Семейного кодекса РФ.

Несмотря на возможные правовые последствия для медицинских работников, упомянутые в данной статье, медицинские работники выездных бригад скорой медицинской помощи должны четко знать, что

несовершеннолетнему должна быть оказана медицинская помощь. Правовая осведомленность сотрудников выездных бригад скорой помощи позволит снизить риск наступления негативных последствий и избежать конфликтных ситуаций как с самим несовершеннолетним пациентом, так и с его законными представителями, а также иными лицами, вступающими в отношения с медиками.

Вместе с тем, если учитывать особенности рассматриваемой категории граждан, по мнению авторов настоящей статьи, требуется разработка отдельного порядка по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним, включающего все вышеперечисленные аспекты и недоработки действующего законодательства, выявленные в ходе настоящего исследования.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 5 декабря 1994 г. №32 ст. 3301
2. 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
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» // URL: <http://base.garant.ru/70438200/> (дата обращения 04.11.2018).
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. №822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70471454/> (дата обращения 04.11.2018).
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 декабря 2009 г. №942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12071975/> (дата обращения 04.11.2018).

Об авторах:

Попов Олег Юрьевич – доцент кафедры неотложных состояний Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, кандидат медицинских наук, Москва, ig@amvk40.ru

Гуров Игорь Валентинович – исполнительный директор ООО «Антониус Медвизион – Скорая помощь», Москва

Oleg Yurievich Popov – associate professor Department of emergency conditions of The Institute for advanced training of the Federal medical and biological Agency, PhD, Moscow

Igor Valentinovich Gurov – Executive Director of «Antonius Medvision – Emergency Medical Service» Ltd., Moscow

© Попов О.Ю., Гуров И.В., 2020

Тимофеева М.Ю., Тимофеев Ю.С.

ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (этико-правовой аспект)

Статья посвящена анализу законодательства в сфере защиты персональных данных граждан при оказании им не только медицинской помощи, но и организации научных исследований и медико-социальных проектов. Освещая права пациентов на конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни, дается сравнительная характеристика правовых, регуляторных норм России и европейских государств, для выявления общих тенденций и различий в защите и обеспечении прав личности.

На примере отдельных аспектов подготовки, проведения и сохранения информации клинических исследований, освещены этические проблемы.

Представленное исследование, выявляя наличие отдельных правовых несоответствий, предлагает возможные пути их устранения.

Ключевые слова: неприкосновенность частной жизни, данные о здоровье, персональные данные, федеральное законодательство о персональных данных, обработка данных, Регламент ЕС о персональных данных

Margarita Timofeeva, Yriy Timofeev

PROBLEMS OF REGULATION OF PERSONAL DATA PROTECTION OF PATIENTS IN MEDICAL AND SOCIAL PROJECTS AND SCIENTIFIC STUDIES (ethics and legal aspect)

The article is devoted to the analysis of legislation in the field of protection of personal data of citizens in the provision of not only medical care, but also in the framework of scientific research and medical and social projects.

When highlighting patients' rights to confidentiality and privacy, a comparative description of the legal norms of Russia and the regulatory norms of European states is given to identify general trends and differences in the protection and enforcement of individual rights.

The main aspects of planning and conducting of clinical and analytical studies are described, moral and ethical situation in medical practice.

In the presented study, the authors identify not only a list of unresolved problems, but also suggest possible ways to resolve them.

Keywords: protection of natural persons, data concerning health, personal data, federal law on personal data, data processing, General data protection Regulation

За последнее десятилетие, в нашей повседневной жизни и системе здравоохранения, все чаще обсуждают нарастающие процессы глобализации информационных

потоков. А, следовательно, и сам обмен полученных «персональных данных» граждан, и их последующие многоцелевые: обработка, использование и хранение.

В этой связи, нельзя не отметить, что создание и накопление данных информационных массивов имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Ведь открывая небывалые перспективы в системе здравоохранения – перед клиницистами и учеными в процессе обработки информационных данных о состоянии здоровья граждан и их частной жизни, все чаще вскрываются факты несанкционированного доступа к ним.

Поэтому проблема защиты «персональных данных» (ПД) оказалась в центре внимания мирового сообщества. И в 2016 году, Европейский союз для устранения подобных проблем принимает – Директиву 2016/1148, направленной на обеспечение безопасности коммуникационных сетей и информационных систем.

Позднее, Европарламент, принимает «Регламент №2016/679 Европейского парламента и Совета Европейского союза «О защите физических лиц при обработке персональных данных и о свободном обращении таких данных, а также об отмене Директивы 95/46 ЕС», вступая в силу с 25 мая 2018 года:

- устанавливает общие правила обработки ПД для всех стран ЕС;
- ведет учет изменений в сфере компьютерных технологий за последние годы, которые существенно влияют на процесс хранения ПД;
- ужесточает положения нормативных актов по обеспечению конфиденциальности физических лиц в системе как социального, так и медицинского обеспечения стран ЕС на примере Директивы 2011/24 Европарламента и Совета ЕС о «правах пациентов при трансграничном медицинском обеспечении»;
- регулирует ПД субъектов клинических исследований, в рамках Регламента №536/2014 «О клинических исследованиях ЛС» [5].

На территории России, система «защиты персональных данных пациентов» активно развивается с 2006 года, разделив весь «сохраняемый поток информации» по трем основным направлениям:

- общие вопросы информационной безопасности, которые регулирует Федераль-

ный закон от 27.07.2006 г. №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» [1];

- обеспечение защиты ПД граждан при их обработке регулирует Федеральный закон от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» [2];
- защиту ПД граждан при оказании им медицинских услуг регулирует Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3].

А персональные данные субъектов клинических исследований регулируют нормы Федерального закона от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и соответствующий приказ Минздрава России от 01 апреля 2016г. №200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики».

Внимание законодателя к данной проблеме подтверждают и поправки к Кодексу РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. (КОАП) вступившие в силу с 01 июля 2017 г. Так согласно новой редакции ст. 13.11 «Нарушение законодательства РФ в области персональных данных»:

- расширен состав правонарушений (с 1-го до 7-ми);
- значительно увеличены размеры штрафов до 75 000 руб., для всех категорий правонарушителей – физических, юридических и должностных лиц, что подтверждает важность данного вопроса.

Учитывая многообразие совместных международных проектов в системе здравоохранения, все большую актуальность приобретает вопрос сохранения ПД именно российских пациентов.

По мнению экспертов с 2017 года между РФ и странами ЕС сформирована правовая концептуальная близость, что является позитивным фактором для взаимодействия операторов/контролеров, несмотря на то, что степень детализации положений и требований Регламента №2016/679 (далее Регламент №679) в сфере ПД о здоровье более высокая, чем в Федеральном законе от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее Федеральный закон №152-ФЗ).

Но этот недостаток компенсируют положения ст. 13, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», регулируя права и обязанности медицинских работников в рамках соблюдения «врачебной тайны», которые охраняют не только персональные данные пациента, но и всю медицинскую информацию.

Случаи разглашения – образуют «состав административного правонарушения» предусмотренного ст. 13.14 «Разглашение информации с ограниченным доступом» Кодекса РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (в ред. от 21.07.2011, далее КОАП РФ).

Сами принципы: сбора, объемов, защиты и хранения подобной информации, включая генетические и биометрические данные граждан, и для России, и для стран ЕС – едины, но российский законодатель подобные данные пациентов не закрепляет отдельным термином, в то время как европейский Регламент №679 называет это «данными, относящимися к здоровью», и определяет их как «персональные данные физического, или психического здоровья физического лица».

Рассматривая проблему ПД в контексте клинических и биомедицинских исследований, когда параллельно используется база «биобанков» – этический аспект доступа и обработки ПД, в данном случае может преобладать над последующим научным результатом.

По мнению ученых – биобанки порой играют ключевую роль в развитии медицинской науки, позволяя сохранять в течении десятилетий (в условиях низких температур) коллекции биообразцов: крови, клеток, тканей, и других жидкостей организма пациентов, и здесь сразу поднимается проблема «больших данных» (bigdata), которая всегда привлекала к себе пристальное внимание.

Формирование массивов подобной информации, многие клиницисты связывают с научным «прорывом» в области медицины. Так, например, в 2018 г. в среднем за один месяц на ресурсе Pubmed при поиске по ключевому слову «bigdata», можно

было найти около 13000 публикаций, а по «smartdata» за тот же период около 6000 публикаций [5].

Поэтому, с развитием данного процесса, правозащитники все чаще акцентируют внимание на этико-правовых аспектах и рисках применения аналитических технологий обработки и хранения данной информации.

Не смотря на использование методики «псевдонимизации», при обработке медицинских данных, содержащих информацию о конкретных пациентах, по мнению европейских экспертов, для идентификации (ре-идентификации) 87% американского населения, достаточно иметь сочетание только трех демографических признаков:

- пол человека;
- 5-значный почтовый индекс домашнего адреса;
- дату рождения [6].

Поэтому, просчитывая риски при создании «единого информационного массива» и понимая, что обеспечить полную анонимность пациентам и субъектам КИ достаточно сложно, эксперты приняли решение оформлять информированное согласие на обработку, хранение и использование ПД.

При этом субъект персональных данных, в любой момент может отозвать свое согласие на их обработку.

Таким образом, действующие нормы не только не противоречат «этическим аспектам» граждан в части неприкосновенности личной сферы, а помогают ощущать себя как единственную персону, принимающую самостоятельные решения в отношении «личной информации».

Причем уникальность данной системы защиты ПД кроется в ее гибкости к изменению самого правового статуса конкретного человека, когда в силу обстоятельств пациент становится субъектом клинических и иных научных исследований, которые изначально подлежат особой правовой и этической защите.

Но и с учетом этого этический вопрос о том, все ли граждане могут участвовать в исследованиях и в каком объеме, не теряет своей актуальности.

Особое внимание правозащитников обращено к группе наиболее уязвимых граждан – дети (не достигшие 18 лет), пожилые люди, беременные женщины, душевнобольные, осужденные к лишению свободы и военнослужащие. Ведь в клинические и биомедицинские исследования, в своей основе, привлекают здоровых и, или в разной степени – серьезно больных людей.

Как мы знаем, все исследования подразделяются на основные IV фазы.

В I фазе возможны эксперименты с животными, для максимального устранения риска для людей на II и III фазах.

В III фазе, как правило проводится «рандомизированные» (контролируемые) исследования.

На IV фазе – подтверждая безопасность, проводится наблюдение после внедрения препарата или средств.

Нацеленные на поиски профилактических мер, как правило, данные исследования основываются на генотипах и фенотипах различных источников и биобанков [9, с. 315].

Так, например, в педиатрической практике результаты «рандомизированных КИ», проводимых на базе детской клиники, сотрудниками кафедры и медицинским персоналом клиники, при поддержке представителей фарм. компании – подтверждают «необходимость использования высоких доз небулизированного будесонида в стартовой терапии» у пациентов с БА, первых шести лет жизни.

Полученные результаты, подтвержденные медицинскими исследованиями, документацией и выпиской из «истории болезни» каждого малолетнего пациентов – сохраняются в массивах «системы здравоохранения»: клиник, поликлиник, страховых и статистических учреждений.

О положительных результатах данного исследования свидетельствует проведение «Экспертного совета Педиатрического респираторного общества» и создание «Клинических рекомендаций» по применению данной методики [6].

Учитывая, что на современном этапе – приоритетным направлением фармацевтической разработки является создание

воспроизведенных препаратов, когда для подтверждения не просто сходства, а безопасности и эффективности «дженерика» требуется проведение трех видов исследований на фармацевтическую, фармакокинетическую и терапевтическую эквивалентности.

А на начальных этапах изучения воспроизведенного препарата необходимо подтвердить его фармацевтическую эквивалентность референтному ЛП на сопоставимости их профилей растворимости, но у тестируемого ЛП как правило на данном этапе отсутствует регистрация.

Тогда по процедуре «биоверификация» для подтверждения его фармакокинетической эквивалентности исследования проходят в 2 стадии – клиническая и биоаналитическая. По стандарту, для подобных БЭ исследований ЛП применяют «двухэтапный перекрестный дизайн», по которому, каждый доброволец (субъект исследования) принимает с начала один из изучаемых препаратов, а по истечению отмывочного периода – второй. Согласно требованиям, «статистическую мощность» при вычислении количества добровольцев, устанавливаются на уровне 80%, при минимальном количестве испытуемых в 12 человек.

Сами критерии – включения (не включения) добровольцев, как правило устанавливаются согласно требованиям само «Руководство ЕАЭС и ЕМА по проведению исследований биоэквивалентности» [7, 8].

Мы помним, что в ходе исследования, все медицинские данные, являющиеся наиболее ценными материалами – фиксируются в индивидуальных регистрационных картах (case report form) и представляют особую ценность для спонсора данного проекта.

Иными словами – служат официальной доказательной базой регистрационного досье на лекарственный препарат. Поэтому спонсор в первую очередь заинтересован не только в достоверности, но и при соблюдении требований российского и европейского законодательства – в сохранении полученных данных, в том числе и ПД самих субъектов исследований.

А если учитывать, что в последние годы в России, проведение как клинических, так и биомедицинских исследований активно спонсируют зарубежные компании, с намерением зарегистрировать исследуемый лекарственный препарат в ЕС. То участники исследований, в лице медицинских организаций, CRO и независимого этического комитета, основываясь на законодательстве РФ, акцентируют требования п. 14 преамбулы европейского Регламента №679, который предусматривает защиту ПД физических лиц, вне зависимости их гражданства и места проживания в период обработки ПД [5].

И именно на этом этапе возникают сложности, из-за некоторых терминологических различий данных документов, которые неизбежно провоцируют вопросы при формальном включении в отечественный контент защиты субъектов КИ, так как обязательным условием оформления ПД медицинского характера при КИ является «защита кодами», которыми и идентифицируется личность.

Согласно п. 9 ст. 6 Федерального закона №152-ФЗ обработка ПС осуществляется в статистических, или иных исследовательских целях, при условии обязательного «обезличивания» персональных данных. При этом, под «обезличиванием» подразумеваются действия, приводящие к невозможности определить принадлежность ПД конкретного субъекта, без использования дополнительной информации.

Параллельно, в российском законодательстве, имеется документ рекомендательного характера – ГОСТ Р 55036-2012 «Информатизация здоровья. Псевдонимизация» [4].

Данный документ, являясь авторизованным переводом стандарта ISO/TS25237:2008 в котором термин – «псевдонимизация» (pseudonymization) – подразумевает особый способ обезличивания, при котором создается связь между конкретной совокупностью характеристик данного субъекта и одним, или несколькими его псевдонимами, для использования в области КИ и пострегистрационного мониторинга побочных действий ЛП [5].

В свою очередь, Регламент №679 в закреплении подобных требований на обработку ПД в целях научного исследования, проводимого в интересах общества в сфере здравоохранения, использует только термин «псевдонимизацию». И подразумевает обработку ПД таким образом, что информация, не может больше относиться к определенному субъекту исследования без использования дополнительной информации, которая не просто отдельно хранится, но и подлежит техническим и организационным мерам, гарантирующим невозможность идентификации данного физического лица.

Таким образом, в случае «обезличивания», производится замена всех идентифицирующих ПД пациента «кодом», который невозможно разблокировать, идентифицировать личность без «ключа».

А в методе «псевдонимизации», в базу CRF, под определенным псевдонимом (кодом) вносится только часть ПД медицинского характера и делается доступной для обработки, а полная информационная база о личности субъекта возможна только при наличии «ключа» [5].

Однако мы помним, что в рамках любых КИ возможен и прямой доступ к данным любого субъекта исследования, которые содержатся в «оригинальных медицинских записях» пациента. Но в этом случае – условием «доступа» является только «добровольное информированное согласие самого субъекта исследования, а основанием могут являться проверки процедур, или самих данных клинических исследований для определенного круга сотрудников, к которым относятся: инспекторы, представители спонсора (мониторы и аудиторы), члены этического комитета, которые соблюдая конфиденциальность, подписывают соответствующее соглашение.

Таким образом, этико-правовой аспект «защиты персональных данных» пациентов России в ближайшее время может актуализироваться в результате неизбежного слияния информационных сегментов в единый «международный массив испытуемых».

На наш взгляд, для предотвращения возможных несанкционированных доступов к

медицинской и частной жизни данной категории граждан было бы целесообразным:

- привести в полное соответствие «терминологическую часть» данной сферы с международными аналогами, для предотвращения «утечки» базы ПД россиян;
- ужесточить ответственность для юридических и физических лиц, осуществляющих обработку ПД за несанкционированную их передачу;
- для устранения этических пробелов, на основе европейского опыта, создать этико-правовой «институт испытуемых», который будет осуществлять сопровождение «добровольцев» на всех этапах их участия в исследовании.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61798/ (дата обращения 14.11.2018).
2. Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (дата обращения 14.11.2018).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 22.10.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.
4. ГОСТ Р 55036-2012 «Информатизация здоровья. Псевдонимизация» // URL: https://standartgost.ru/g/%D0%93%D0%9E%D0%A1%D0%A2_%D0%A0_55036-2012 (дата обращения 14.11.2018).
5. Вольская Е., Александрова О., Защита персональных данных пациентов. // URL: <http://www.remedium-journal.ru/arhiv/detail.php?ID=54330&num=%B910> (дата обращения 14.11.2018).
6. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Зайцева О.В. и др. Диагностика и терапия бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Место небулизированных ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии бронхиальной астмы и крупа (Консенсус по результатам совета экспертов Педиатрического респираторного общества). Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2018. 63 (3). С. 124-132.
7. Хохлов А.Л., Рыска М., Кукес В.Г., и др. Современные подходы к проведению биоаналитических исследований при создании лекарственных препаратов // М.: РАН, 2018. 244с.
8. Яичков И.И. Особенности исследований воспроизведенных лекарственных препаратов // Медицинская этика, 2019. №1. С. 84-101.
9. Йоханссон И., Лине Н. Медицина и философия (Введение в XXI столетие): Учебное пособие / Пер. с англ. под ред. А.Г.Чучалина. (Библиотека биоэтики) // М.: Атмосфера. Вече, 2019. 432 с.

Об авторах:

Тимофеева Маргарита Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, доцент, Москва, timofeevainfo@mail.ru

Тимофеев Юрий Сергеевич – клинический аспирант кафедры пропедевтики детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, доцент, Москва

Margarita Yurievna Timofeeva – senior lecturer of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Yriy Sergeevich Timofeev – hospital physician, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Тимофеева М.Ю., Тимофеева Ю.С., 2020

Юдина А.А., Зарипова Ю.Р.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

В данной работе авторы анализируют правоприменительную практику в отношении медицинских работников в Российской Федерации (РФ) и Республике Карелия (РК). Проводится исследование контрольно-надзорной деятельности в отношении медицинских работников, статистические аспекты профессиональных нарушений и их основных характеристик. По результатам исследования выявлены основные характерологические особенности нарушений в сфере оказания медицинской помощи (стаж работы специалистов, совершавших профессиональные нарушения, место их работы, специальности медицинских работников, деятельность которых чаще приводит к дефектам оказания медицинской помощи) и предложены возможные способы преодоления выявленных проблем, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (модернизация юридического образования в медицинских вузах и постдипломных образовательных программ с участием специалистов юридического профиля, а также совершенствование внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи).

Ключевые слова: право, медицинский работник, педиатрия

Anastasia Yudina, Julia Zaripova

LAW PROBLEMS IN PRACTICE OF MEDICAL WORKERS

In this study, the authors analyze the law practice in relation to medical workers in the Russian Federation and the Republic of Karelia (hereinafter RK). A study of control and supervisory activities in relation to medical workers, the statistical aspects of professional violations and their main characteristics. Based on the results of the study, the main characterological features of violations in the field of medical care were identified and possible ways of overcoming the identified problems with regard to inadequate medical care were proposed.

Keywords: medical law, medical stuff, pediatrics

Современная медицина все больше начинает погружаться в юридический водоворот. Это обусловлено скорым введением в уголовный кодекс (УК) РФ новых статей в отношении медицинских работников, выделением в Следственном Комитете (СК) РФ отдельных структур по контролю за оказанием медицинской помощи с включением в состав рабочих групп сертифицированных специалистов в области медицины (22 специалиста приняты в главное управление СК РФ), а также отсутствием четких алгоритмов действий медработников в случаях правоприменительной ситуации.

Целью работы явилось исследование правоприменительной практики в отно-

шении медицинских работников в Российской Федерации и Республике Карелия.

В ходе проведения исследования решались следующие задачи:

- анализ контрольно-надзорной деятельности в отношении медицинских работников;
- учёт статистики профессиональных нарушений с определением их основных характеристик;
- внесение предложений для решения выявленных проблем.

Нами были использованы следующие методы исследования:

- изучение нормативно-правовой базы;

- анализ отечественных статистических данных.

Материалы исследования: УК РФ, отчеты по контрольно-надзорной деятельности Росздравнадзора по РФ, отчеты по ведомственному контролю качества медицинской помощи в медицинских организациях РК, консультации со специалистами СК РК и Национального института медицинского права (г. Москва).

Результаты исследования: анализ письма Председателя СК РФ Министру здравоохранения РФ с приведенной криминалистической характеристикой дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг за 2016-2017 года преобладающая часть возбужденных дел (78% от общего количества возбужденных дел) была заведена по статье 109 УК РФ («Причинение смерти по неосторожности») и в меньшей степени по другим статьям, включая статью 118 УК РФ («Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности»). Из поручения Государственной Думы от 05.11.19 приведены сведения, что за последние шесть лет, согласно статистике озвученной Генеральной прокуратурой РФ, количество уголовных дел увеличилось шестикратно. А молодые специалисты, как и опытные врачи, выходя на работу, фактически становятся потенциальными преступниками, осуществляя свои обязанности, так как структура данных статей слишком обширна и позволяет заподозрить мотив преступления даже в тех случаях, когда врач пытается спасти жизнь пациенту. Вышеперечисленные факты сказываются на увеличении кадрового дефицита (в 2019 году составил 25 292 врача).

В документе отмечено, что в большинстве случаев нарушения совершались медицинскими работниками, специальность которых связана с высокими рисками осложнений (хирургия, акушерство и гинекология, анестезиология и реанимация), дефекты оказания медицинской помощи чаще регистрировались среди специалистов со стажем работы от 20 до 30 лет (32%) и среди медицинских работников городских ЛПУ (73%).

В РК, по сравнению с РФ, обращения граждан о ненадлежащем оказании медицинской помощи более, чем в 50% случаев касались специалистов терапевтического профиля, скорой медицинской помощи, травматологии и ортопедии. Необходимо отметить, что педиатры стоят на 6-м месте по количеству обращений.

По статистике, приведенной в письме СК РФ, неблагоприятные исходы в 97% развивались в результате действий, и лишь в 3% в результате бездействий медицинских работников. Большинству (60%) выявленных дефектов оказания медицинской помощи предшествовали основные заболевания пострадавших, среди которых между мужчинами и женщинами не было значительной разницы (52% и 48% соответственно). Более, чем в 40% случаев неблагоприятные исходы наступали на первой неделе лечения, преимущественно в день обращения.

Анализ контрольно-надзорной деятельности Росздравнадзора на момент конца второго полугодия 2018 года показал, что в центральный и региональные отделы данной инстанции поступило 13160 обращений граждан с жалобами на нарушение их прав при оказании медицинской помощи, 39,8% которых были полностью или частично обоснованными. Обращает на себя внимание, что в РФ, так и в РК выявленные нарушения в основном связаны с несоблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи, а также с ведением медицинской документации.

Заключение: на основании проделанной работы и полученных результатов предложены следующие возможные пути решения выявленных проблемы:

1. Модернизация юридического образования в медицинских ВУЗах.
2. Включение в постдипломные образовательные программы по специальностям (система непрерывного медицинского образования) циклов по вопросам нормативно-правового регулирования в здравоохранении.

В январе 2018 года Национальная медицинская палата и ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет

юстиции» подписали соглашение о сотрудничестве. Одним из мероприятий совместного плана работы стала организация курсов повышения квалификации медицинских работников. В РК Общественная организация «Медицинский совет РК» совместно с Северным институтом (филиалом) ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции» провели 2 образовательных мероприятий для работников здравоохранения. 27-28 сентября 2019 года проведен XI Российский Форум «Педиатрия Санкт-Петербурга: Опыт, Инновации, Достижения» с мастер-классом «Юридическая защита врача-педиатра: вопросы и ответы».

3. Регулярное участие юристов медицинских организаций в улучшении правовой грамотности среди медицинского персонала (лекции, мастер-классы, тренинги, консультации) с разбором судебных прецедентов. В настоящее время в РК регулярно проводятся мастер-классы по усовершенствованию знаний в вопросах медицинского права и правоприменительной деятельности в республике. Благодаря

сотрудничеству Института экономики и права (кафедра теории права и гражданско-правовых дисциплин) и Медицинского института (кафедра педиатрии и детской хирургии) ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет» состоялись круглые столы по вопросам информационной открытости, повышения возраста получения добровольного согласия на психиатрическое освидетельствование и госпитализацию с 15 до 18 лет.

4. Повышение роли юристов профессиональных ассоциаций в повышение правовой грамотности (лекции, семинары, тренинги, линия защиты).

5. Повышение престижа медицинского работника, самопиар о профессиональных достижениях и успехах (инфографика фонда общественного мнения об отношении к врачам и медицинским учреждениям, грамотные взаимоотношения медицинского сообщества с пациентами и СМИ, программы «Спасибо, доктор!» и т.д.).

6. Совершенствование внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения: 12.12.2018)
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Российская газета, №263, 23.11.2011.
3. Акопов, В. И. Медицинское право: учебник и практикум для вузов // М.: Издательство Юрайт, 2017. 287 с.
4. Отчеты по контрольно-надзорной деятельности РОСЗДРАВНАДЗОРА по Российской Федерации за 2018 год // URL: <http://roszdravnadzor.ru/discussion/control/prevention/doc9> (дата обращения: 19.02.2019)
5. Отчеты ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинских организациях Республики Карелия // URL: <https://www.mzsocial-rk.ru/dejatel-nost/gosudarstvennyj-i-vedomstvennyj-kontrol/kontrol-kachestva-medicinskoj-pomocshi/vedomstvennyj-kontrol-kachestva-i-bezopasnosti-medicinskoj-dejatel-nosti/> (дата обращения: 19.02.2019)
6. Письмо Председателя Следственного комитета Российской Федерации А.И. Бастрыкина от 01.02.2019 «Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг» // URL: <http://moniiag.ru/wp-content/uploads/2018/03/Pismo-SKR-Kriminalisticheskaya-harakteristika-prestuplenij-svyazannyh-s-nenadlezhashhim-okazaniem-MP.pdf> (дата обращения: 17.02.2019).
7. Поручение Государственной Думы к заседанию Государственной Думы №47 от 05.11.19 // URL: <http://federalcity.ru/index.php?newsid=6955> (дата обращения: 06.11.2019).

8. Инфографика Фонда Общественного Мнения об отношении к врачам и медучреждениям // URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-meditsina/13907> (дата обращения: 18.02.2019).

Об авторах:

Юдина Анастасия Андреевна – ординатор 1-го года обучения по специальности «Детская эндокринология» ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, yudina.nastua@yandex.ru

Зарипова Юлия Рафаэльевна – заведующая кафедрой педиатрии и детской хирургии Медицинского института Петрозаводского государственного университета, доктор медицинских наук, доцент, Петрозаводск, julzar@mail.ru

Anastasia Andreevna Yudina – of the specialty «Pediatric Endocrinology» V.A. Almazov SMRC, Saint Petersburg

Julia Zaripova – head of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery Medical Institute State University, MD, associate professor, Petrozavodsk

© Юдина А.А., Зарипова Ю.Р., 2020

РАЗДЕЛ II.

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

Баринов Е.Х., Каченкова Е.С.

ОШИБКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ КОРОНАРОГРАФИИ, ПОВЛЕКШАЯ СМЕРТЬ ПАЦИЕНТА

В работе представлено описание случая ятрогенной патологии из практики: ошибка во время проведения коронарографии первоначально повлекла осложнение в виде развития гемоперикарда, а затем развитие геморрагического инфаркта миокарда, в результате чего наступила смерть больного. Так же в сообщении описаны ошибки в оформлении медицинской документации.

Ключевые слова: ятрогения, кардиохирургия, стентирование, коронарография

Evgeny Barinov, Ekaterina Kachenkova

THE ERROR OF HOLDING THE PROCEDURE OF CORONARY ANGIOGRAPHY WHICH ENTAILED THE DEATH OF THE PATIENT

The paper describes a case of iatrogenic pathology from practice: an error during coronarography initially caused a complication in the form of hemopericardial development, and then the development of a hemorrhagic myocardial infarction, resulting in the death of the patient. The message also describes errors in the design of medical documentation.

Keywords: yatrogeniya, heart surgery, stenting, coronary angiography

Статистика смертности, от сердечно-сосудистых заболеваний, к сожалению, не утешительна. Первое место, как и ранее, занимает именно смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Средняя продолжительность жизни мужчин оставляет 59-62 года, у женщин этот показатель выше на 5-7 лет [2]. Хотелось бы отдельно подчеркнуть и тот факт, что возраст выхода на пенсию увеличился и это не может не беспокоить специалистов, работающих в сфере оказания медицинской помощи. К сожалению, факторов, влияющих на смертность, не становится меньше. Отдельно хотелось бы рассмотреть случай из практики, когда четко прослеживается ятрогенное осложнение, в результате которого происходят осложнения, не совместимые с жизнью.

Приводим наблюдение из практики.

Проанализированы три медицинских карты стационарного больного из одного кардиологического стационара.

Из заключения по жалобе родственни-

цы пациентки Д. 15.01.1962 г.р. следует, больная Д. 15.01.1962 г.р. поступила в отделение кардиохирургии для взрослых стационара 27.06.2016 г. с жалобами на давящие боли и дискомфорт за грудиной. Срочность госпитализации на титульном листе не указана. Код деф. 4.2. Осмотрена лечащим врачом в отделении кардиохирургии 27.06.2016 г.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в частности, применяются следующие критерии:

- проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно; про-

ведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации; проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации не позднее 3 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар);

- установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;
- установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;
- формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза.

Согласно медицинской карте стационарного больного следует, что время осмотра не указано. Определить есть ли нарушение приказа МЗ не представляется возможным. Код деф. 4.2.

Дневник от 28.06.2016 г. (в шапке), рядом с подписью указана дата 29.06.2016 г. Код деф. 4.2. Обоснования клинического диагноза нет. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; п. и) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотрен-

ных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения): код деф. 4.2.

28.06.2016 г. Выполнен БАП ствола левой коронарной артерии. Больная выписана с улучшением. Рекомендации в полном объеме.

В данной медицинской карте стационарного больного имеются дефекты оформления медицинской документации.

Из медицинской карты стационарного больного №29376-с следует, что пациентка Д. 15.01.1962 г.р. поступила в отделение кардиохирургии для взрослых 25.11.2016 г. с жалобами на давящие боли и дискомфорт за грудиной. Срочность госпитализации на титульном листе не указана. Код деф. 4.2. Обоснования клинического диагноза нет. Код деф. 4.2.

28.11.2016 г. выполнена БАП ПКА.

Из медицинской карты стационарного больного №31655-с следует, что пациентка Д. 15.01.1962 г.р. поступила в отделение кардиохирургии для взрослых МОНИКИ 19.12.2016 г. с жалобами на давящие боли и дискомфорт за грудиной. Титульный лист не дооформлен. Код деф. 4.2.

Ранее больная была выписана 01.12.2016 г. Повторная госпитализация менее чем через 90 суток. Больной было последовательно выполнено: 20.12.2016 г. стентирование ЛКА-ОВ, 22.12.2016 г. стентирование ствола ЛКА-ОВ, 21.12.2016 г. (по МК) АКШ ПМЖВ аутовеной.

При проведении БАП коронарных артерий произошла перфорация стенки ОВ. При аутопсии просвет стента ствола ЛКА и стент-графта ОВ тромбированы.

У больной при выполнении коронарографии была повреждена артерия, что привело к развитию гемоперикарда.

Смерть больной наступила в результате повреждения артерии, развития гемоперикарда, развития геморрагического инфаркта миокарда.

В жалобе указано, что тромболитическое лечение не проводилось. Проведение любого инвазивного вмешательства является противопоказанием для проведения тромболитического лечения.

Из проанализированного материала следует, что попытка выполнения корона-

рографии привела к повреждению артерии, в результате чего произошел геморрагический инфаркт миокарда. Из чего следует вывод, что смерть больной Д. наступила в результате врачебных манипуляций.

Данные проблемы, связанные со смертностью населения, особенно от действия самого медицинского персонала, остаются актуальными и, к сожалению, не всегда решаемыми.

Список литературы:

1. Косухина О.И., Баринов Е.Х. Экспертная оценка случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в кардиологической практике: монография // Москва, «Проспект», 2018. 128 с.
2. Каченкова Е.С., Кривицкая Е.И. Программа оздоровительной тренировки для мужчин 50-65 лет, находящихся в зоне риска заболеваний сердечно-сосудистой системы // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2019. №1 (167). С. 146-151.

Об авторах:

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

Каченкова Екатерина Сергеевна – доцент кафедры адаптологии и спортивной тренировки Института естествознания и спортивной тренировки Московского городского педагогического университета, кандидат педагогических наук, Москва, katek2011@yandex.ru

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

Ekaterina Sergeevna Kachenkova – associate professor of an adaptologiya and sports training Institute of natural sciences and sports training of Moscow city pedagogical University, candidate of pedagogical sciences, Moscow

© Баринов Е.Х., Каченкова Е.С., 2020

Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исасенкова Е.А.

УЧАСТИЕ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЕ ЗА ПРОХОЖДЕНИЕМ ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

В данной статье на основе ретроспективной оценки представлены основные итоги деятельности института страховых поверенных (ИСП) в сфере ОМС на территории Воронежской области (ВО). Проанализированы особенности работы ИСП по организации диспансеризации населения региона. Обоснована необходимость участия ИСП в обеспечении диспансеризации застрахованного контингента с момента включения в план профилактических мероприятий до постановки на диспансерное наблюдение, что способствует повышению результативности данной работы, особенно в части проведения онко-скрининга. На основе проведенного исследования делается вывод о том, что работа ИСП на территории ВО ориентированная на оперативный мониторинг текущей ситуации на основе информации, получаемой через страховых поверенных и контакт-центры, существенно улучшает доступность медицинской помощи в сфере ОМС пациентам с выявленной онкологической патологией, контроль за обеспечением ее надлежащего оказания и полностью укладывается в национальную модель здравоохранения.

Ключевые слова: *надлежащее оказание медицинской помощи; ретроспективная оценка; оперативный мониторинг; страховые поверенные; контакт-центры*

Alexander Danilov, Tatyana Katashina, Evgenia Isaenkova

PARTICIPATION OF INSURANCE MEDICAL REPRESENTATIVES IN THE ORGANIZATION AND CONTROL OF PASSING BY THE INSURED PERSONS OF ONCOLOGICAL SCREENINGS IN THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION

The main results of activity of the institute of insurance attorneys (IIA) in the sphere of compulsory health insurance in the territory of the Voronezh Region (VR) are presented in this article on the basis of retrospective assessment. Features of work of ISP on the organization of medical examination of the population of the region are analysed. Need of participation of ISP for ensuring medical examination of the insured contingent is proved from the moment of inclusion in the plan of preventive actions before statement on dispensary observation that promotes increase in effectiveness of this work, especially regarding carrying out onco-screening.

On the basis of the conducted research the conclusion that work of ISP in the territory of VR focused on expeditious monitoring of the current situation on the basis of information obtained through insurance attorneys and contact centers significantly improves availability of medical care in the sphere of compulsory health insurance to patients with the revealed oncological pathology is drawn, control of ensuring its appropriate rendering also completely keeps within national model of health care.

Keywords: *proper medical assistance; reflective evaluation; online monitoring; insurance attorneys; contact centers*

Важным фактором сохранения здоровья населения, увеличения продолжительности жизни, улучшения качества жизни каждого человека является регулярность профилактических медицинских мероприятий.

В соответствии со ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования [1].

Возможность прохождения профосмотров и диспансеризации с определенной периодичностью предусмотрена для населения программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. С 2013 года формирование здорового образа жизни, всеобщая диспансеризация населения и еще целая система мер профилактического характера осуществляется в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Финансирование широкомасштабных профилактических мероприятий входит в территориальные программы ОМС, а организация прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий является приоритетным направлением деятельности страховых медицинских организаций (СМО). В этой работе участвуют страховые медицинские представители СМО, которые обеспечивают сопровождение застрахованного лица в течение всего процесса обследования и лечения.

В статье «Деятельность страховых поверенных в сфере ОМС на территории Воронежской области: первые итоги» авторами публикации уже были сделаны выводы о том, что с развертыванием работы института страховых поверенных оперативность реагирования на случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи значительно повысилась, что подтвердило полезность создания данного института, как инструмента оперативного влияния на качество оказания медицинской помощи [4].

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования [2] страховые представители осуществляют информирование застрахованных лиц, которые включены медицинскими организациями в списки для прохождения профилактических мероприятий в текущем году, о возможности и важности профилактики и последующее информационное сопровождение на всех этапах оказания медицинской помощи – с момента включения в план профилактических мероприятий до постановки на диспансерное наблюдение.

Приглашения к врачу направляются посредством СМС-сообщений или телефонного автоинформирования. Более возрастным категориям застрахованных лиц страховые представители 2 уровня посылают почтовые отправления или наносят личный визит.

Так, в 2018 и 1 квартале 2019 года страховыми представителями МСК «ИН-КО-МЕД» – самой крупной региональной страховой медицинской организации – проведена работа по информированию о возможности прохождения диспансеризации 550 534 застрахованных лиц (около 50% от численности всех застрахованных). Более 400 тысяч человек оповещены о проведении первого этапа диспансеризации. Повторное информирование тех, кто не пришел к врачу, организовано для 104 073 застрахованных. Проинформировано о необходимости обращения в медицинскую организацию для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках 2-го этапа диспансеризации 32 261 человек.

Кроме того, операторами контакт-центра компании и страховыми представителями 2 уровня рассмотрены 1147 обращений граждан по вопросам прохождения диспансеризации и профилактических мероприятий. Даны разъяснения о порядке и месте прохождения, о периодичности, о перечне входящих в диспансеризацию осмотров и обследований. Страховыми представителями 2 и 3 уровней оказано содействие в прохождении различных исследований тем заявителям, которые столкнулись с отказами медицинских организаций.

По результатам проведения диспансеризации страховая медицинская организация проводит контроль за выполнением объемов и качества оказанной медицинской помощи.

Одной из функций страховых представителей в рамках проекта является выявление проблемных точек в части своевременного проведения диагностических исследований, постановки диагноза, оказания помощи застрахованному лицу.

Отдельным направлением деятельности страховых представителей СМО является контроль за прохождением застрахованными лицами онкологического скрининга. Цель этой работы – диагностика и лечение заболеваний на ранних стадиях, а ее целевые показатели установлены паспортом федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Это сложные мероприятия, требующие определенных усилий от пациентов, медицинских организаций и СМО.

Задача последних – информировать застрахованного гражданина о необходимости проведения обследования, важности своевременной диагностики. А лицам, у которых при скрининге обнаружены нарушения, – обеспечить дальнейшее обследование, диагностирование и лечение для предотвращения развития или лечения рака на ранних стадиях и проведения последующего диспансерного наблюдения.

В настоящее время всё еще существуют проблемы с ранним выявлением злокачественных новообразований, а также с доступностью необходимой медицинской помощи пациентам с выявленной онкологической патологией. Поэтому деятельность страховых медицинских организаций призвана обеспечить для застрахованных лиц доступную и качественную специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «онкология» с обязательным соблюдением условий ее предоставления, включая сроки ожидания, схемы лечения и маршрутизации пациентов.

Врачами-экспертами СМО, а это страховые медицинские представители 3 уровня, проводится контроль фактического

потребления онкобольными, подлежащими диспансерному наблюдению, объемов медицинской помощи по данным выставленных на оплату счетов медицинских организаций.

С целью получения согласия застрахованных лиц на их информационное сопровождение на всех этапах лечения страховые медицинские организации осуществляют анкетирование.

Так, по данным уже другой страховой компании – Воронежского филиала ООО ВТБ МС – за период январь-март 2019 года ее страховыми представителями проанкетировано 736 человек, страдающих онкологическими заболеваниями. Из всех опрошенных выразили желание на взаимодействие со страховым представителем – 39 человек. В результате страховые представители помогли незамедлительно попасть на приём к врачу-онкологу семи застрахованным лицам; своевременно пройти диагностическое обследование 22 застрахованным гражданам, своевременно госпитализироваться в онкологический стационар 1 гражданину, а также в получении паллиативной помощи 9 застрахованным лицам.

Кроме того, в соответствии с нормативными документами Федерального фонда обязательного медицинского страхования (приказ от 28.02.2019 №36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию») [3] страховые представители 3 уровня ежемесячно проводят контрольно-экспертные мероприятия, включающие проверку медицинской документации в медицинских организациях. Это медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи.

Основанием для проверок также являются данные реестров счетов за лечение застрахованных лиц, которые сегодня позволяют отследить информацию о всем блоке лечения пациента. При отборе на экспертизу случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание или с установленным диагнозом оценивается своевременность

диагностики злокачественного новообразования, в том числе соблюдение сроков направления в первичный онкологический кабинет, своевременность и сроки выполнения процедур КТ, МРТ, ПЭТ, исследований на онкомаркеры, своевременность госпитализации после установления диагноза, правильность применения схем лечения.

Выборка случаев производится в автоматизированном режиме. История обращений за медицинской помощью каждого пациента выстраивается в хронологической последовательности, пополняется ежемесячно нарастающим итогом. Тематические экспертизы проводятся в 100% случаев с нарушением сроков ожидания плановой помощи, в 100% случаев с применением полихимиотерапии, в 8% случаев с применением хирургических методов лечения и в 8% случаев с применением лучевой терапии.

В 2019 году с целью оценки качества диспансеризации населения области по заданию Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области страховыми медицинскими организациями региона были проведены тематические экспертизы оказанной застрахованным гражданам в 2018 году профилактической медицинской помощи в 50 медицинских организациях. Экспертные мероприятия охватили 30,6% городских и 100% районных медучреждений.

Результаты контроля показали, что с нарушениями оказаны 19,2% всех случаев профилактической медицинской помощи. Среди основных причин нарушений – отсутствие данных проведения исследований (кала на скрытую кровь, маммографии, ЭКГ), отсутствие результатов исследований или результаты не подтверждены записями в журнале регистрации, искажение сведе-

ний о застрахованном лице, невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых диагностических и лечебных мероприятий, непредставление медицинской документации.

В свете этого задача сочетания ретроспективных форм контроля со стороны СМО и персонифицированного сопровождения каждого застрахованного лица страховыми медицинскими представителями в режиме текущего времени приобрела еще большую актуальность. Формальные подходы к ведению профилактики нивелирует идею скрининга как таковую и могут означать потерю огромных государственных средств, направленных на оплату профилактической медицинской помощи, а главное – привести к росту запущенности форм рака и повлечь за собой фатальные последствия для пациентов. Поэтому работа страховых медицинских представителей сегодня является необходимым условием достижения национальных целей и задач по борьбе с онкологическими заболеваниями.

С учетом изложенного можно констатировать, что с развертыванием работы института страховых поверенных на территории Воронежской области значительно расширился арсенал защиты прав и законных интересов застрахованных граждан, оперативность реагирования на случаи «наболевших» вопросов, возникающих у граждан при обращении за медицинской помощью, значительно повысилась. Получаемая через страховых поверенных и Контакт-центры и оперативно анализируемая информация однозначно способствует усовершенствованию работы в сфере ОМС и делает ее более результативной и понятной для застрахованных граждан.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 16.11.2019).
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/ (дата обращения: 16.11.2019).

3. Приказ ФОМС от 28.02.2019 №36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/ (дата обращения: 16.11.2019).
4. Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., Каташина Е.С./ Деятельность страховых поверенных в сфере ОМС на территории Воронежской области: первые итоги/ М.: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья. 2017. Выпуск 5. С. 12-17.

Об авторах:

Данилов Александр Валентинович – директор ТФОМС Воронежской области, доцент кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, кандидат медицинских наук, Воронеж, vtg@omsvrn.ru

Каташина Татьяна Борисовна – начальник отдела защиты прав граждан и организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС ТФОМС Воронежской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, кандидат медицинских наук, Воронеж, zpz-ktb@omsvrn.ru

Исаенкова Евгения Александровна – начальник отдела организации ОМС и взаимодействия с участниками и субъектами ОМС ТФОМС Воронежской области, аспирант кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, zpz-iea@omsvrn.ru

Alexander Valentinovich Danilov – director of TFOMS of the Voronezh region, the candidate of medical sciences, the associate professor «Public health, health care, hygiene and epidemiology of IDPO» of the Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, Voronezh

Tatyana Borisovna Katashina – head of department of protection of the rights of citizens and the organizations of control of volumes and quality of medical care in the TFOMS compulsory health insurance system of the Voronezh region, the candidate of medical sciences, the associate professor «Public health, health care, hygiene and epidemiology of IDPO» of the Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, Voronezh

Evgenia Aleksandrovna Isayenkova – head of department of the compulsory health insurance organization and interaction with participants and subjects of compulsory health insurance of TFOMS of the Voronezh region, the graduate student of «Public Health, Health Care, Hygiene and Epidemiology of IDPO» department of the Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, Voronezh

© Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., 2020

Калинин Р.Э., Баринов Е.Х.

КВАЛИФИКАЦИЯ ДЕЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО СТ. 238 УК РФ: ПЕРСПЕКТИВЫ ЭКСПЕРТНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СВЕТЕ ПРАВОВОЙ ПОЗИЦИИ ВЕРХОВНОГО СУДА РФ

Статья освещает теоретические и практические аспекты применения ст. 238 УК РФ к случаям ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, повлекшего неблагоприятный исход. Рассмотрены основные тезисы, изложенные в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации», с точки зрения дальнейшего развития правоприменительной и экспертной практики по данной категории дел.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, «ятрогенные» преступления, «врачебные» дела, оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья

Ruslan Kalinin, Evgeny Barinov

QUALIFICATION OF ACTS OF MEDICAL WORKERS ACCORDING TO ART. 238 OF THE CRIMINAL CODE: PROSPECTS OF EXPERT AND JUDICIAL PRACTICE IN THE LIGHT OF THE LEGAL POSITION OF THE SUPREME COURT

The article highlights the theoretical and practical aspects of the application of article 238 of the criminal code to cases of improper performance of professional duties by medical workers, which resulted in an unfavorable outcome. The main theses set forth in the resolution of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation of 25.06.2019 № 18 "on judicial practice in cases of crimes under article 238 of the Criminal code of the Russian Federation", are discussed from the point of view of further development of law enforcement and expert practice in this category of cases.

Keywords: forensic medical examination, "iatrogenic" crimes, "medical" cases, the provision of medical services that do not meet the requirements of safety of life and health

Обвинения медицинских работников по ст. 238 УК РФ долгое время были предметом напряженной дискуссии в юридических и медицинских кругах. Причин тому несколько: неприятие медиками обвинений в умышленном преступлении, расхождение во мнениях относительно субъекта, оказывающего услуги, отсутствие в законодательстве четких критериев их безопасности и др. Одни авторы считают ст. 238 УК РФ вполне применимой к деяниям

медиков, другие – частично применимой в ряде случаев [5, с. 46], третьи – вовсе неприменимой [3, с. 49]. Не менее противоречивая картина сложилась в следственной и судебной практике. В абсолютно идентичных ситуациях одних медработников обвиняли по ст. 109 и 118 УК РФ, составы которых традиционно вменялись врачам еще с советских времен, других – по ст. 238 УК РФ, состав которой принципиально отличается и по субъективной (форма вины), и по

конструкции объективной стороны преступления. С течением времени объективно назрела необходимость в официальном документе, который устранил бы противоречия и упорядочил практику применения ст. 238 УК РФ в сфере здравоохранения. Таким документом стало Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации». Правовая позиция Верховного суда РФ заключается в следующем:

- о реальной опасности работ или услуг свидетельствует такое их качество, при котором выполнение работ или оказание услуг в обычных условиях могло привести к смерти или причинению тяжкого вреда здоровью человека. В тех случаях, когда для установления характера опасности работ или услуг нужны специальные знания, суд должен располагать соответствующими заключениями экспертов или специалистов. Если работы или услуги не представляли реальной опасности причинения тяжкого вреда здоровью или смерти человека, то такое деяние не образует состава преступления;
- в силу того, что деяния, предусмотренные статьей 238 УК РФ, посягают на общественные отношения, связанные с охраной здоровья населения, потерпевшим по уголовному делу о таком преступлении может быть признано физическое лицо независимо от того, состояло ли оно в договорных отношениях с лицом (организацией), осуществлявшим выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья человека;
- субъектом выполнения работ или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности, может являться как руководитель организации, осуществляющей такую деятельность, независимо от ее организационно-правовой формы, или индивидуальный предприниматель, или их работник, так и лицо, фактически осуществляющее выполнение работ, оказание услуг без соответствующей государственной регистрации;

- деяния, перечисленные в статье 238 УК РФ, характеризуются умышленной формой вины. В связи с этим при решении вопроса о наличии в действиях (бездействии) лица состава такого преступления суду необходимо устанавливать, что несоответствие выполнения работ или оказания услуг требованиям безопасности охватывалось его умыслом. Если в результате выполнения работ или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности, причиняются по неосторожности тяжкий вред здоровью либо смерть, то в целом такое преступление признается совершенным умышленно;
- если уголовная ответственность за нарушение специальных требований или правил установлена в других статьях УК РФ, то содеянное не должно квалифицироваться по статье 238 УК РФ;
- при рассмотрении дел о преступлении, предусмотренном статьей 238 УК РФ, как в общем порядке, так и в особом порядке судебного разбирательства суд, установив факты выполнения работ или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности, обязан в обвинительном приговоре или ином итоговом решении привести нормативные правовые акты, в которых закреплены соответствующие требования, указать, в чем именно выразились несоответствие выполнения работ или оказания услуг данным требованиям, их опасность для жизни или здоровья человека, а в случаях причинения тяжкого вреда здоровью или смерти человека также указать на наличие причинной связи между действиями (бездействием) виновного и наступившими последствиями.

В судебной практике и раньше встречались случаи привлечения врачей к уголовной ответственности по ст. 238 УК РФ. Так, врач-пульмонолог терапевтического отделения стационара была осуждена к 2 годам 6 месяцам лишения свободы условно с лишением права заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью сроком на 3 года за преступление, предусмотренное п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ. Врач была признана виновной в том, что при наличии кровохар-

канья у больного с характерной картиной на ЭКГ и Эхо-КГ, не заподозрила у него ТЭЛА и не назначила обследование: коагулограмму, ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей и рентгенографию легких, показанное в соответствии со стандартом медицинской помощи, что повлекло несвоевременную диагностику ТЭЛА. Кроме того, при наличии противопоказаний больному было назначено внутривенное введение аминокaproновой кислоты. В результате допущенных нарушений 23-летний пациент скончался от рецидива ТЭЛА, источником которой стал тромбоз глубоких вен левой голени (Приговор Раменского городского суда Московской области от 19.12.2017 по делу № 1-635/2017).

Врач-травматолог-ортопед отделения травматологии был осужден за преступление, предусмотренное п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, и признан виновным в том, что не назначил обязательное по стандарту медицинской помощи обследование пациенту с переломом обеих костей предплечья и рваной раной плеча. Несмотря на развивавшуюся в течение недели клиническую картину гангрены верхней конечности, не было проведено дуплексное УЗ-сканирование артерий и не организована консультация сосудистого хирурга. В результате тромбоз плечевой артерии, осложнивший течение травмы, не был распознан, и в итоге 25-летнему пациенту была выполнена ампутация правой руки на уровне средней трети плеча (Приговор Раменского городского суда Московской области от 01.11.2017 по делу № 1-579/2017).

Теперь, при наличии официальной правовой позиции Верховного Суда РФ, следует ожидать роста количества обвинений медработников по ст. 238 УК РФ. Фактически, Пленум Верховного Суда РФ устранил все препятствия к применению данной статьи в отношении медиков, ведь в Постановлении сказано, что:

- наличие договора оказания медицинских услуг не обязательно;
- обвинение может предъявляться не только руководителям организаций, должностным лицам, но и рядовым медработникам;

- ничто в тексте Постановления не исключает медицинские услуги из числа услуг, указанных в ст. 238 УК РФ.

Такое положение дел сулит медицинским работникам весьма тревожные перспективы. Дело в том, что ч. 1 ст. 238 УК РФ, а также п. «а» и «б» ч. 2 ст. 238 УК РФ имеют формальный состав, и никакие последствия для обвинения в преступлениях, предусмотренных этими нормами, не нужны. Таким образом, медработники могут быть осуждены к реальному лишению свободы на срок до 6 лет за действия (бездействие), не повлекшие никаких последствий для здоровья пациента. Институт соучастия в отечественном уголовном праве далек от совершенства, и квалифицирующий признак преступной группы вменяется очень широко. При желании обвинение может посчитать группой лиц не только лечащего врача вместе с заведующим отделением и главным врачом, но и хирурга с его ассистентами. Простор для квалификации практически ничем не ограничен. В группу риска также попадают неонатологи и педиатры, которые оказывают медицинскую помощь детям младше 6 лет. Кроме того, п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ приравнивает причинение тяжкого вреда здоровью и причинение смерти, фактически ставит знак равенства между живым и мертвым человеком, что не соответствует специфике медицинской деятельности, особенно памятуя о том, что тяжкий вред здоровью в ряде случаев устанавливается экспертами по признаку формальной опасности для жизни. Наконец, обвинение по ч. 3 ст. 238 УК РФ может быть предъявлено акушерам-гинекологам в случае летального исхода у роженицы, а в дальнейшем у ребенка, родившегося живым, и в такой ситуации медикам грозит лишение свободы на срок до 10 лет.

Преступления, предусмотренные ч. 2 и ч. 3 ст. 238 УК РФ, относятся к тяжким, срок давности привлечения к уголовной ответственности составляет 10 лет. Все это время медицинский работник может находиться под следствием или быть подсудимым, подвергаться мерам пресечения вплоть до заключения под стражу. Вкупе со строгостью возможного наказания это создает условия

для рассмотрения дел в особом порядке, когда обвиняемые соглашались с предъявленным обвинением, не потому что виновны, а в страхе перед более суровым наказанием.

В судебной практике появились прецеденты назначения медицинским работникам наказания в виде реального лишения свободы. В частности, такие решения были приняты по делам гематолога Елены Мисюриной (Приговор Черемушкинского районного суда г. Москвы от 22.01.2018 по делу № 01-0022/2018) [2, с. 28] и пластического хирурга Марсело Нтире (Приговор Центрального районного суда г. Волгограда от 21.06.2018 по делу № 1-27/2018). Оба приговора вынесены по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ. Приговоры были отменены вышестоящими судебными инстанциями, однако оба врача успели побывать в СИЗО. Имеются все основания полагать, что рано или поздно несколько таких приговоров пройдут все инстанции обжалования и устоят, после чего реальное лишение свободы за врачебные ошибки может стать повседневной нормой жизни.

Таким образом, позиция Пленума Верховного Суда РФ формирует новую правовую реальность, в которой будут осуществлять свою профессиональную деятельность работники сферы здравоохранения. Обобщая все вышесказанное, необходимо отметить ряд наиболее важных тезисов:

1. В сложившейся ситуации роль судебно-медицинской экспертизы и ее влияние на исход «врачебных» дел возрастет еще больше. Только эксперты могут установить, какие именно требования безопасности медицинских услуг были нарушены и в чем конкретно это заключалось. Очевидно, что такими требованиями должны считаться положения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, критериев оценки ее качества и клинических рекомендаций. Экспертная деятельность в сфере «врачебных» дел все больше приобретает медико-правовой (а не чисто экспертно-медицинский) характер [6, с. 48]. По существу, заключения экспертов, основанные на применении положений ведомственных нормативных актов, яв-

ляются своего рода «актами отсроченного правоприменения», поскольку любое итоговое процессуальное решение по данной категории дел основано на выводах СМЭ. В этой связи необходимо с особой тщательностью подходить к проведению экспертиз по «врачебным» делам на всех этапах, от формирования экспертной комиссии до формулировки выводов, понимая всю серьезность правовых последствий [4, с. 31].

2. Позиция Верховного Суда РФ вступает в некоторое противоречие с позицией Председателя Следственного комитета России в том, что касается способа установления реальной опасности услуг для жизни и здоровья человека. Верховный Суд РФ предписывает определять наличие опасности услуг, опираясь на заключения экспертов, тогда как А.И. Бастрыкин считает, что нельзя ставить перед экспертом вопросы теоретического характера (Возможно ли? Что было бы, если бы?), поскольку это выходит за пределы его компетенции [1, с. 14]. Во всяком случае следует отметить, что не существует методики экспертного исследования по вопросам гипотетической опасности медицинских вмешательств и невозможно дать судебно-медицинскую оценку последствий, которые не наступили в действительности. Подобные заключения экспертов будут лишены строгой научно-практической основы.

3. Пленум Верховного Суда РФ подчеркнул обязательность установления причинной связи между действиями (бездействием) лица и наступившими последствиями в виде смерти или причинения тяжкого вреда здоровью, однако не указал характер причинной связи (прямая или косвенная). Таким образом, не исключается вынесение обвинительных приговоров по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ при отсутствии прямой и наличии только косвенной причинно-следственной связи. Экспертным комиссиям необходимо уделять пристальное внимание исследованию причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом, указывая в заключении не только характер связи, но и причины, факторы, условия и обстоятельства,

из-за которых она признана прямой или косвенной, тем самым давая возможность правоприменителю в дальнейшем дать соответствующую правовую оценку этим фактам.

4. Единственным способом избежать рисков привлечения медработников к ответственности по ст. 238 УК РФ оста-

ется введение в УК РФ специальной нормы уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи. В сложившейся ситуации работа, которая ведется в этом направлении Национальной медицинской палатой в сотрудничестве со Следственным комитетом РФ, приобретает особую важность.

Список литературы:

1. Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. №1. С. 11-14.
2. Власов В.Л. Спорные вопросы квалификации врачебной ошибки // Новый юридический вестник. 2019. № 4 (11). С. 28-29.
3. Замалева С.В. К вопросу о квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 Уголовного кодекса РФ // Медицинское право. 2019. №1. С. 46-49.
4. Марков А.А., Збруева Ю.В. Содержание судебно-медицинского экспертного исследования в случаях причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. № 11-3 (65). С. 30-39.
5. Передерий В.А., Голодный А.Н. Проблемы применения уголовного законодательства России за ненадлежащее оказание медицинских услуг // Право: история и современность. 2018. №4. С. 44-52.
6. Шмаров Л.А. Взгляд судебно-медицинского эксперта на безопасность медицинской услуги // Вестник судебной медицины. 2018. Т. 7. № 1. С. 45-49.

Об авторах:

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

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

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

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

Копылов А.В., Кулькина И.В., Сараджанц К.И.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ

В данной статье рассматриваются основные положения назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз. От качества оказания медицинской помощи зависят: жизнь больного, продолжительность лечения, выздоровление и возвращение к нормальной трудовой деятельности на благо государства, поэтому данная работа актуальна. Основанием для проведения судебной медицинской экспертизы является постановление органа дознания, следствия и суда. В статье рассматриваются конкретные примеры экспертиз: в трех случаях эксперты категорически исключили какую-либо связь между действиями (бездействием) врачей, и наступления смерти пациентов; в других же случаях, бывает необходимо доказать вину медицинского работника. В заключение работы обосновывается важность судебно-медицинских экспертиз именно для медицинских организаций и конкретных медицинских работников.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, качество оказания медицинской помощи, отказ от медицинского вмешательства, жизнь больного, продолжительность лечения, выздоровление, смерть, выводы комиссионной судебно-медицинской экспертизы, защита интересов медицинских работников

Anatoly Kopylov, Irina Kulkina, Kristina Saradzhanct

LEGAL ASPECTS OF APPOINTMENT AND CARRYING OUT OF JUDICIAL EXAMINATIONS AND RESEARCHES, INCLUDING IN THE INVESTIGATION OF ADVERSE RESPONSES

This article discusses the main provisions for the appointment and conduct of forensic medical examinations. Depends on the quality of medical care: the patient's life, duration of treatment, recovery and return to normal work for the benefit of the state, therefore this work is relevant. The basis for a forensic medical examination is the decision of the inquiry, investigation and court. The article discusses specific examples of examinations: in three cases, the experts categorically ruled out any connection between the actions (inaction) of doctors and the death of patients; in other cases, it may be necessary to prove the guilt of a medical professional. In the conclusion of the work, the importance of forensic medical examinations is justified precisely for medical organizations and specific medical workers.

Keywords: forensic medical examination, quality of medical care, refusal of medical intervention, patient's life, duration of treatment, recovery, death, conclusions of the forensic medical examination commission, protection of the interests of medical workers

В России смертность людей в государственных медицинских учреждениях по статистическим данным за 2017 год увеличилась в 2,3 раза по сравнению с показателем 2016 года. В 2018 году данный вид

смертности увеличился ещё на 24%, по сравнению с 2017.

Что же происходит? Смертность растет из-за врачебных ошибок или же из-за моральных проблем в обществе? Дело в том,

что верны оба ответа. Врачи не застрахованы от людской хитрости, но и человек не застрахован от халатности врачей. Чтобы разобраться во всем этом, нужно обращаться к судебной медицинской экспертизе, ведь рано или поздно все окажутся на той самой грани жизни и смерти, когда уже будем надеяться на врачебную помощь, которая может быть оказана не вовремя или же неправильно. Чтобы это исправить, нужно решать все сейчас, именно поэтому данная тема так актуальна.

Судебная медицинская экспертиза является единой государственной службой в системе здравоохранения и служит целям и задачам правосудия. Судебная медицинская экспертиза осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ: УПК РФ, №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», в №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан РФ» нормативными актами, приказами Минздрава РФ. Судебные медицинские экспертизы проводятся только в государственных судебно-экспертных учреждениях государственными судебно-медицинскими экспертами, которые являются гражданами РФ, имеющие высшее медицинское образование, прошедшие специализацию и учебу в ординатуре, аспирантуре и имеющие сертификат специалиста. Согласно статье 196 УПК РФ судебная медицинская экспертиза проводится для установления причины смерти; характера и степени вреда, причиненного здоровью человека, в том числе и медицинскими работниками; психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого и потерпевшего (проводят эксперты психиатры-врачи); определение возраста подозреваемого, обвиняемого и потерпевшего, если отсутствуют документы о рождении.

Экспертиза – это следственное действие, при котором требуются специальные познания в области медицины всех отраслей и специальностей. Основанием для проведения судебной медицинской экспертизы является постановление органа дознания, следствия и суда.

В последние годы в СМИ проходит кампания по демонизации медицинских

работников, с действиями которых при лечении пациентов выявлены дефекты оказания медицинской помощи, которые признаются как врачебные ошибки. Устанавливаются ошибочные диагнозы, неправильно проведенные лечебные и диагностические мероприятия, которые служат причиной инвалидизации или смерти.

История болезни пациента – это основной медицинский документ стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар пациента

История болезни имеет:

- юридическое значение так как является юридическим документом;
- воспитательное значение так как ведется и заполняется докторами под контролем заведующих отделений, начмедов;
- научное значение так как врачи при ведении наблюдения за больными устанавливают ранее неизвестные симптомы заболеваний, жалобы, изменения в анализах;
- социальное значение – природа заболеваний в отдельном субъекте федерации;
- лечебно-диагностическое значение.

Члены экспертной комиссии изучают и знакомятся со всеми представленными медицинскими документами, освидетельствует самого пациента (какие последствия) и после этого составляют выводы.

Как сказано выше, судебно-медицинская экспертиза является единой государственной службой в системе здравоохранения. Одной из ее задач всемерное содействие учреждениям здравоохранения в улучшении качества лечебной помощи населению и профилактических мероприятий, снижение смертности.

От качества оказания медицинской помощи зависят: жизнь больного, продолжительность лечения, выздоровление и возвращение к нормальной трудовой деятельности на благо государства.

Следователь назначает комиссионные судебно-медицинские экспертизы по врачебным делам и не всегда выводы в экспертизах указывают на допущенные врачом недостатки при диагностике, установлении диагноза, лечения (терапевтического

и хирургического) и не всегда члены экспертной комиссии связывают наступление смерти и иных неблагоприятных исходов – причинения вреда здоровью, инвалидность с действиями врачей.

При установлении диагноза принимают участие два человека: врач и пациент и от обоих зависит правильность установления диагноза.

Не всегда пациенты выполняют рекомендации врачей, игнорируя их, тем самым сроки установления правильного диагноза, сроки проведения операций затягиваются и зачастую приводят к смерти.

Одним из примеров может служить результаты комиссионной судебно-медицинской экспертизы выполненной в 2018 году в ГБУЗ Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» о правильности оказания медицинской помощи ребенку в возрасте 9 месяцев.

Анализ записей медицинской документации, результаты судебно-медицинского вскрытия трупа ребёнка и гистологического исследования кусочков внутренних органов свидетельствовали, что причиной смерти К. явился сепсис, осложнившийся полиорганной недостаточностью, развившийся в результате внутриутробного инфицирования на фоне врожденного иммунодефицита.

Сепсис и гематогенная генерализация инфекции проявились у К. в виде правостороннего коксита (на вскрытии в полости тазобедренного сустава – гной), миокардита, эпи- и перикардита, интерстициальной пневмонии, гепатита, менингоэнцефалита, нефрита, продуктивных васкулитов в органах.

Судебно-медицинская комиссия отметила, что смерть ребёнка К. была предотвратима при условии своевременной госпитализации в стационар в период с 18 по 26.06.2018 г.

Согласно материалов дела, учитывая длительность заболевания, стойкую гипертермию была предложена госпитализация в стационар, от которой мать отказалась, лечение проводилось амбулаторно. Необходимо отметить, что в медицинской документации имелись записи о неоднократном

направлении в стационар. Однако, юридически верно оформленный отказ от госпитализации, в представленных медицинских картах был только один!

Комиссия отмечает, что врачи не имеют права принудительно госпитализировать ребёнка в стационар без согласия матери.

Медицинская помощь в районной больнице и краевой клинической детской больнице, в том числе обследование и лечение, оказаны своевременно, правильно и в полном объёме, к ухудшению состояния ребёнка и смерти его не привели.

Впоследствии мать опротестовала выводы комиссионной судебно-медицинской экспертизы и подала жалобу на неправильно оказанную медицинскую помощь ребёнку.

В соответствии с данными правоприменительной практики, мы знаем, что мать, признанная виновной в смерти своего ребёнка, в отношении остальных детей может быть ограничена или лишена родительских прав.

В связи с тем, что нет четкого алгоритма при отказе от медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи пациентам, мы считаем, что в похожих ситуациях, необходимо конкретизировать действия и порядок оформления медицинских документов лечащих врачей, заведующих отделением и главных врачей при отказе от медицинского вмешательства.

Также анализ комиссионных экспертиз показывает, что самостоятельный уход пациента на выходные или праздничные дни домой, из стационара без разрешения лечащего врача или заведующего отделением, приводят к ухудшению общего заболевания, обострению патологии и развитию несовместимых с жизнью осложнений.

Другой судебно-медицинской экспертизой, выполненной по инициативе медицинской организацией, будет пример, когда беременная, отягощенным акушерским анамнезом, с угрозой прерывания беременности, госпитализирована. Самовольно ушла в пятницу вечером домой. В субботу и воскресенье выполняла работу по дому. Шевеление плода прекратилось в воскресенье в 14:00, после чего она самостоятельно пришла в 20:00 в родильное отделение. Дежурного акушера поставила перед фактом об отсутствии ше-

веления плода. Причиной внутриутробной гибели плода явилась частичная отслойка плаценты, нарушение плацентарного кровотока и питания плода и внутриутробная гипоксия. При этом она обвинила врачей родильного отделения в неоказании ей помощи. Если бы она осталась в стационаре и находилась под наблюдением специалистов, она бы была своевременно родоразрешена путем ОКС (операция кесарево сечение).

Следующим примером судебно-медицинской экспертизы будет: случай, когда мать с ребенком обращается к врачу, приглашая педиатра на дом, в связи с симптомами ОРЗ. Врач в карте развития ребенка указывает рекомендации: пройти клинические обследования крови, рентгенографию органов грудной полости, выписывает талон на посещение врача педиатра поликлиники. Однако мать не выполняет рекомендации и через 6 дней машиной скорой помощи ребенок в тяжелом состоянии доставлен в инфекционное отделение, где скончался. Показаний к госпитализации при первичном посещении не было, однако, мать обвиняет участкового врача-педиатра в неисполнении профессиональных обязанностей, которые привели к смерти.

В данных трех случаях эксперты категорически исключили какую-либо связь между действиями (бездействием) врачей, и наступления смерти детей.

В других же случаях, бывает необходимо доказать вину медицинского работника. По материалам, предоставленных в ГБУЗ Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», ребенок поступает в хирургическое отделение с клиникой острого аппендицита, мать объясняет дежурному хирургу, что ребенок болеет в течение суток. Дежурный хирург не выполняет стандарты обследования: рентгенографию органов брюшной полости, УЗИ в динамике через каждые 1,5 часа. Операция проводится после ночного дежурства в 12:00, т.е. через двое суток от начала заболевания. Делается разрез по Шпренгелю длиной 4 см, из брюшной полости обильный серозный выпот, проводится ампутация аппендикса, а в дальнейшем перитонит, сепсис, смерть. Хирург обязан был

при выполнении стандартов обследования решить вопрос об операции раньше, а серозный выпот из операционной раны требовал проведения широкой лапаротомии. В данном случае связь между бездействием дежурного хирурга и наступившей смертью очевидна. В заключении судебно-медицинской экспертизы эксперт изложил свои выводы, что послужило основанием для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности в соответствии с уголовным законодательством Российской Федерации.

Почему же так важны судебно-медицинские экспертизы для медицинских организаций:

- для защиты самих медицинских работников, их чести и достоинства, профессиональной репутации;
- для выявления правонарушений в сфере здравоохранения, как следствие профилактики;
- необходимость усиления правового воспитания будущих медицинских работников и работающих на сегодняшний день.

Также мы хотим упомянуть о деятельности нового отдела в Следственном комитете РФ по расследованию врачебных преступлений – экспертиза один из эффективных способов доказать невиновность медицинских работников или их причастность к негативным последствиям, а именно к причинению вреда здоровью или смерти человека. Но, к сожалению, у следователей отсутствует должная подготовка в вопросах судебно-медицинских экспертиз. В связи с этим было бы целесообразно ввести в действующее законодательство норму, которая бы разрешала (а лучше обязывала) следователей и дознавателей обращаться за консультативной помощью к специалистам для более полной и правильной оценки заключения эксперта.

Таким образом, судебно-медицинские эксперты призваны не только устанавливать истину, но по внутреннему убеждению, обеспечивать защиту интересов медицинских работников и снижение профессионального риска врача практической деятельности.

Список литературы:

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред. от 04.11.2019) // Собрание законодательства РФ, 24.12.2001, №52 (ч. I), ст. 4921.
2. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 №73-ФЗ (ред. от 26.07.2019) // Собрание законодательства РФ, 04.06.2001, №23, ст. 2291.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.

Об авторах:

Копылов Анатолий Васильевич – заведующий кафедрой судебной медицины и права с курсом ДПО Института дополнительного профессионального образования Ставропольского государственного медицинского университета Минздрава РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Ставрополь, fedkoi@mail.ru

Кулькина Ирина Васильевна – доцент кафедры судебной медицины и права с курсом ДПО Института дополнительного профессионального образования Ставропольского государственного медицинского университета Минздрава РФ, кандидат юридических наук, доцент, Ставрополь, iri4451@yandex.ru

Сараджанц Кристина Игоревна – студентка 2 курса стоматологического факультета Ставропольского государственного медицинского университета Минздрава РФ, Ставрополь, kr-sara@rambler.ru

Anatoly Vasilievich Kopylov – Head. Chair of Forensic Medicine and Law with a course of DPO Institute of additional professional education of Stavropol state medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, MD, Associate Professor, Stavropol

Irina Vasilievna Kulkina – Associate Professor of the Department of Forensic Medicine and Law with a course of DPO Institute of additional professional education of Stavropol state medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Candidate of Law, Associate Professor, Stavropol

Kristina Igorevna Saradzants – second year student of the faculty of dentistry of Stavropol state medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol

© Копылов А.В., Кулькина И.В., Сараджанц К.И., 2020

Чекрыжова Д.Г., Павлова Ю.В.

**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА**

В данной статье анализируется уголовная ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологического законодательства с разбором судебной практики. Гарантированное Конституции РФ право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного здоровью или имуществу, реализуется путем обеспечения требований санитарных правил и норм, гигиенических нормативов. Их несоблюдение влечет привлечение к дисциплинарной, административной и уголовной ответственности. В частности, той, что предусмотрена ч. 1 ст. 236 Уголовного Кодекса РФ за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей. В работе рассмотрена судебная практика по привлечению к уголовной ответственности граждан по ч. 1 ст. 236 Уголовного Кодекса РФ с оценкой роли сотрудников Роспотребнадзора.

Ключевые слова: уголовная ответственность, санитарно-эпидемиологическое благополучие, Роспотребнадзор, СанПиН

Daria Chekryzhova, Julia Pavlova

**CRIMINAL LIABILITY FOR VIOLATION
OF SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL LEGISLATION**

This article analyzes criminal liability for violation of sanitary and epidemiological legislation with an analysis of judicial practice. The right to a favorable environment, reliable information about its condition, and compensation for damage to health or property guaranteed by the Constitution of the Russian Federation is implemented by ensuring the requirements of sanitary rules and norms, and hygienic standards. Failure to comply with them will result in disciplinary, administrative and criminal liability. In particular, the one that provides for part 1 of art. 236 of the Criminal Code of the Russian Federation for violation of sanitary and epidemiological rules that caused mass illness or poisoning of people through negligence. The paper considers the judicial practice of bringing citizens to criminal responsibility under part 1 of article 236 of the Criminal Code of the Russian Federation with an assessment of the role of Rosпотребнадзор employees.

Keywords: criminal responsibility, the sanitary and epidemiological well-being, Rosпотребнадзор, SanPiN

«Все в руках человека!.. Поэтому мойте их чаще».

Станислав Ежи Лец

На первый взгляд, кажется, что сфера санитарно-эпидемиологического благополучия от нас далека. Однако, это совсем не так. Мы каждый день с вами пьем воду из-под крана или бутилированную, покупаем продукты, едим в ресторанах или столовых, кто-то летит в самолете в данный момент, ваши

дети или дети ваших знакомых посещают детские дошкольные учреждения и школы. Любое, пусть даже незначительное, нарушение санитарных правил ставит под угрозу безопасность пищи или воды, которую мы употребляем. Соответственно, портит качество нашей жизни и грозит здоровью.

Становится очевидным тот факт, что состояние окружающей среды оказывает непосредственное влияние на здоровье человека. Недаром статья 42 Конституции Российской Федерации гласит: «Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением». Право граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду реализуется, в том числе, путем обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Обозначим, что такое санитарно-эпидемиологическое благополучие? Санитарно-эпидемиологическое благополучие – это состояние здоровья населения и среды обитания человека, при котором показатели заболеваемости находятся на установленном уровне для данной территории, условия проживания благоприятны для населения, а параметры факторов среды жизнедеятельности находятся в пределах, определенных санитарными нормами.

В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 30.03.1999 №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается, в том числе, посредством государственного санитарно-эпидемиологического нормирования. Основной задачей санитарно-эпидемиологического нормирования является установление санитарно-эпидемиологических требований, удовлетворяющих условиям безопасности для здоровья человека среды его обитания. Как правило, это санитарные правила (СП), санитарные нормы (СН), санитарные нормы и правила (СанПиН), гигиенические нормативы (ГН). Данные документы обязательны для соблюдения гражданами, государственными органами, юридическими и должностными лицами независимо от их подчиненности и форм собственности.

Недолжное соблюдение или нарушение санитарно-эпидемиологических норм и правил наказуемо. И влечет привлечение к дисциплинарной, административной (согласно КоАП) и уголовной (согласно УК РФ) ответственности.

Сперва рассмотрим какая уголовная ответственность предусмотрена за нарушение санитарно-эпидемиологического благополучия. Часть 1 статьи 236 Уголовного Кодекса Российской Федерации за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей предусматривает минимальное наказание в виде штрафа в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы за период до шести месяцев, а максимальное наказание – в виде ограничения свободы сроком до одного года. Часть 2 статьи 236 УК РФ нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности смерть человека предусматривает максимальное наказание в виде лишения свободы сроком до пяти лет.

Теперь рассмотрим судебную практику по данному вопросу. Первое дело было заведено в отношении посудомойщицы ресторана и повара школьной столовой. Санитарно-эпидемиологическое расследование было проведено по результатам массового заболевания детей МБОУ СОШ №2. Согласно акту расследования в столовой МБОУ СОШ №2:

- на разделочной доске для «Сыр» обнаружена ДНК *Campilobacter*;
- на чашках обнаружены бактерии группы кишечной палочки, условно-патогенная микрофлора *K. Pneumonia*;
- на тарелках для вторых блюд, посудосушки для тарелок, половика для первых блюд – бактерии группы кишечной палочки, условно-патогенная микрофлора *E. Cloacae*;
- в готовых блюдах (в соусе, гречневой каше, тефтелях) – бактерии группы кишечной палочки (колиформы), *Klebsilla pneumonia*, *Enterobactercloacae*.

Согласно заключениям экспертов: посудомойщица ресторана занизила концентрацию дезинфицирующего раствора в 5 раз и поместила в него для дезинфекции мясорубку и нож для сырого мяса. Далее повара ресторана, будучи неосведомленными о нарушении со стороны посудомойщицы, приготовили 204 порции полуфабрикатов мясных тефтелей с рисом для МБОУ СОШ №2. Школьный повар для термической обработки использовала неисправное техноло-

гическое оборудование (пекарный шкаф), в результате чего не достигалась необходимая для приготовления блюд температура.

Суд при назначении наказания учел раскаяние и признал виновными в совершении преступления с назначением наказания в виде обязательных работ сроком на 160 часов.

Второе дело было заведено по части 1 статьи 236 УК РФ в отношении рабочего управления жилищно-коммунального хозяйства, ответственного за количество и качество подаваемой воды в населенные пункты республики Дагестан. В результате перепада напряжения вышла из строя система очистки, в связи с чем прекратилась подача воды. Обвиняемый, нарушив инструкцию и порядок уведомления органов исполнительной власти, произвольно добавил химический реагент для доочистки, затем осуществил подачу воды, не отвечающей требованиям безопасности. После того как вода закончилась, обвиняемый снова набрал воду в резервуар, повторно добавил химический реагент и осуществил подачу недоочищенной воды, не отвечающей требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей. Подача такой воды привела к массовой заболеваемости. У 20 человек диагностирована острая кишечная инфекция, среди заболевших 13 детей.

При назначении наказания суд учел полное признание вины и раскаяние обвиняемым и признал его виновным в совершении преступления, предусмотренного частью 1 статьи 236 УК РФ и назначил ему наказание в виде штрафа в размере 30 000 рублей.

Третье дело было заведено по части 1 статьи 236 УК РФ в отношении заместителя директора реабилитационного центра, которая по трудовому договору должна осуществлять контроль за готовностью сотрудников учреждения к работе, состояния помещений в целом (включая санитарное состояние), контролировать соблюдение работниками требований санитарии и гигиены, обеспечивать безопасность, охрану жизни и здоровья несовершеннолетних.

В результате ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей обвиняемая не обеспечила ежедневный контроль в вверенном ей подразделении, в

следствии чего допущены следующие нарушения санитарных норм:

- для обработки сырой птицы отсутствовал отдельный стол, разделочный и производственный инвентарь п. 8.9. СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования»
- на пищеблоке имелись тараканы, отсутствовал договор на проведение дезинсекции со специализированной организацией п. 5.24 СанПиН 2.4.5.2409-08
- имел место прием пищевой продукции и продовольственного сырья без наличия документов, подтверждающих их качество и безопасность, на ряд продуктов отсутствовали маркировочные ярлыки п. 6.26 СанПиН 2.4.5.2409-08
- отсутствовал ежедневный осмотр медицинским работником центра работников пищеблока на наличие гнойничковых заболеваний п. 14.7 СанПиН 2.4.5.2409-08
- не проводилась ежедневная уборка помещений центра, чистка ковров п.п. 13.1, 13.4 СанПиН 2.4.3259-15
- пробы дезинфицирующего средства, отобранного на пищеблоке, не соответствовали заявленной концентрации.

В связи с вышеуказанными нарушениями было допущено распространение в пищеблоке, в том числе на посуде, продуктах, столовых приборах, а также в помещениях комнаты мальчиков, бактерий группы кишечной палочки. Недолжный контроль обвиняемой за соблюдением санитарно-эпидемиологических правил привел к инфекционному заболеванию 13 детей.

В судебном заседании обвиняемая полностью признала свою вину, в содеянном раскаялась, принесла извинения. Все потерпевшие и их законные представители выразили свою волю относительно возмещения вреда, заявив об отсутствии таких требований. Принимая данные обстоятельства во внимание суд постановил уголовное преследование в отношении обвиняемой по обвинению в совершении преступления, предусмотренного частью 1 статьей 236 УК РФ, прекратить.

Обвиняемую освободить от уголовной ответственности по части 1 статьи 236 УК РФ с назначением ей меры уголовно-правового характера в виде судебного штрафа в размере 20 000 (двадцать тысяч) рублей.

Четвертое дело было заведено в отношении заведующей столовой детского оздоровительного лагеря на территории Удмуртской Республики, которая согласно должностной инструкции должна знать основы рационального питания, порядок составления меню, правила хранения продуктов и полуфабрикатов, порядок учета и выдачи продуктов и блюд, осуществлять постоянный контроль за соблюдением сотрудниками санитарных правил и норм. Согласно заключениям экспертов, в период проведения Чемпионата России среди школьников и юниоров по игре «Что? Где? Когда?» обвиняемая, занимая должность заведующей столовой детского оздоровительного лагеря, утратила контроль за технологией приготовления пищи и соблюдением сотрудниками санитарии, что привело к следующим нарушениям:

- не обеспечила ежедневный осмотр персонала столовой, а также дежурных по кухне на наличие гнойничковых заболеваний кожи, катаральных явлений верхних дыхательных путей, опрос на наличие дисфункции желудочно-кишечной системы;
- допустила к работе в производственные помещения столовой и к приготовлению пищи инфицированных сотрудников;
- допустила неудовлетворительное санитарно-техническое состояние пищеблока – непроведение текущей и генеральной уборки в производственных помещениях, в обеденном зале, в складских помещениях;
- не обеспечила ведение бракеражного журнала готовой кулинарной продукции;
- не обеспечила составление ежедневного меню-раскладки с указанием выхода блюд и получение суточных проб готовой продукции;
- не соблюдала требований о проведении дератизации помещений пищеблока;
- допустила хранение пищевых продуктов в нарушение условий;
- не обеспечивала качественное мытье посуды, допустив мытье посуды губкой;

- допустила к употреблению детьми из скважины и из разводящей сети пищеблока некипяченой воды, не исследованной на соответствие санитарно-гигиеническим нормативам;
- организовала производство готовой продукции с нарушением технологической карты.

Перечисленные нарушения привели к массовой заболеваемости норовирусной инфекцией посетителей детского оздоровительного лагеря, причинившее каждому легкий вред здоровью. Обвиняемая вину признала, причиненный вред загладила и просит о назначении меры уголовно-правового характера. Из протоколов допросов следует, что потерпевшие и их законные представители каких-либо претензий материального характера не имеют. С учетом данных обстоятельств суд постановил уголовное дело в отношении обвиняемой о совершении преступления, предусмотренного частью 1 статьи 236 УК РФ, прекратить, освободив ее от уголовной ответственности. Назначить меру уголовно-правового характера в виде судебного штрафа в размере 20 000 (двадцать тысяч) рублей, установив срок для уплаты в течение 60 дней со дня вступления в законную силу постановления.

Исходя из вышесказанного, можно сделать несколько выводов. Деятельность врачей по гигиене и эпидемиологии важна не только с точки зрения профилактической безопасности, но и с точки зрения роли в судебном процессе. В ходе плановых и внеплановых проверок, осуществляя контроль за деятельностью индивидуальных и юридических лиц, специалисты Роспотребнадзора выявляют нарушения, оценивают тяжесть нарушений и их последствия. По окончании проверки при выявлении нарушений сотрудником, проводившим проверку, составляется протокол об административном правонарушении, на основании которого заводится дело. А также именно специалисты Роспотребнадзора, врачи ФБУЗ Центров Гигиены и Эпидемиологии выполняют роль экспертов в судебном заседании.

Надлежащее соблюдение санитарных правил и норм – залог жизни и работы человека без угрозы здоровью!

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) ст. №42 // URL: <http://www.constitution.ru/> (дата обращения: 26.11.2019).
2. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 N 52-ФЗ (последняя редакция) ст. №2. // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения: 26.11.2019).
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения: 26.11.2019).
4. СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования» // URL: <http://base.garant.ru/12161898/> (дата обращения: 26.11.2019).
5. СанПиН 2.4.3259-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_177244/ (дата обращения: 26.11.2019).
6. Санитарно-эпидемиологические правила СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4622/ (дата обращения: 26.11.2019).
7. СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. Гигиенические требования к обеспечению безопасности систем горячего водоснабжения» // URL: <http://www.norm-load.ru/SNiP/Data1/9/9742/index.htm> (дата обращения: 26.11.2019).
8. Приговор № 1-13/2019 от 26 февраля 2019 г. по делу № 1-13/2019 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/f6AIDBqF4zmr/> (дата обращения: 26.11.2019).
9. Приговор № 1-52/2018 от 10 сентября 2018 г. по делу № 1-52/2018 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/gJUF0I7GoLdQ/> (дата обращения: 26.11.2019).
10. Постановление № 1-35/2017 от 28 декабря 2017 г. по делу № 1-35/2017 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/ХумАIQYY4B5J/> (дата обращения: 26.11.2019).
11. Постановление № 1-318/2017 от 9 ноября 2017 г. по делу № 1-318/2017 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/2v690D9xEGrp/> (дата обращения: 26.11.2019).

Об авторах:

Чекрыжова Дарья Геннадьевна – студентка медико-профилактического дела Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, dasha-chekryzhova@yandex.ru

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

Daria Gennadyevna Chekryzhova – student of medical and preventive care, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

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

Цирятьева С.Б., Шень Н.П., Хорошкина Н.И., Абрамовская Т.А.

НАРУШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

В работе проведен анализ нарушений анестезиолого-реанимационной помощи по материалам 318 комиссионных судебно-медицинских экспертиз с участием анестезиолога-реаниматолога за 2016-2018 гг. Дефекты качества медицинской помощи выявлены в 71,4% случаев. Прямая причинно-следственная связь с неблагоприятным исходом установлена в 4,7%. Наиболее частым нарушением диагностики является недостаточное обследование пациента в 17,6%, лечебной тактики – несоответствие клиническим протоколам и стандартам в 17,8%, а дефекты оформления медицинской документации составляют 16,8%.

Ключевые слова: анестезиология-реаниматология, нарушение оказания медицинской помощи, дефект диагностики, дефект лечения, дефект оформления медицинской документации, судебно-медицинская экспертиза

Svetlana Tsiryateva, Natalia Shen, Natalia Choroshkina, Tatyana Abramovskaya

VIOLATIONS OF ANESTHESIOLOGICAL AND RESUSCITATION CARE IN THE TYUMEN REGION: WORK ON MISTAKES

In this article was studying the violations of anesthesiological and resuscitation care in the Tyumen region. The analysis included 318 forensic examinations from 2016 to 2018. Inappropriate medical care was founded in 71,4% of cases. The number of defects having a direct causal relationship with the outcome of treatment for three years decreased from 10,6% of cases in 2016 to 3,9% in 2018. The violations of diagnosis were established in 17,6%, the defects of treatment in 17,8% and the defects in registration of medical documents was fixed in 16,8% of cases.

Keywords: anesthesiologist, intensive care, violation of medical care, defect of diagnosis, defect of treatment, defect in registration of medical documents, forensic medical examination

В нормативных документах официальное определение понятия «дефект медицинской помощи» отсутствует [7]. В Приказе ФФОМС «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» 2010 г. перечислены «Дефекты/нарушения оказания медицинской помощи», однако в редакции 2019 года слово «дефект» из Приказа исключено [1, 4]. В 2015 году под эгидой Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе и Национальной медицинской

палаты опубликована «Карта дефектов медицинской помощи», где авторы предлагают в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» определять дефект медицинской помощи/услуги как «недостаток услуги», и отдельно вводят понятия безопасность и риск медицинской помощи/услуги/вмешательства [9].

Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» позволяет эксперту оценить своевременность, правильность выбора методов диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и степень достижения запланированного результата

в соответствии с характеристикой качества медицинской помощи, определенной пунктом 21 статьи 3 Закона РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2].

Критериями качества медицинской помощи в анестезиологии – реаниматологии в соответствии с Приказом МЗ России №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» являются своевременный осмотр реаниматологом и своевременно начатое лечение в условиях палаты интенсивной терапии, в то время как данные положения не имеют качественных характеристик. Клинические рекомендации Федерации анестезиологов России (ФАР) содержат критерии качества лечебно-диагностических мероприятий лишь в отношении отдельных нозологий. В связи с этим на сегодняшний день нет единого подхода к оценке качества и дефектов/недостатков медицинской помощи в анестезиологии и реаниматологии. В то же время, имеет место неуклонный рост как числа жалоб населения на некачественные медицинские услуги, так и количества уголовных дел, связанных с оказанием медицинской помощи [5].

Цель работы – изучить основные дефекты оказания анестезиолого-реанимационной помощи в Тюменской области.

Материалы и методы. Проведен анализ 318 судебно-медицинских экспертиз с

участием анестезиолога-реаниматолога за 2016-2018 гг. Критерии включения в исследование – участие анестезиолога-реаниматолога в лечении пациента, выполнение процедур и манипуляций лечебно-диагностического характера в соответствии с профессиональным стандартом [3]. Выявленные дефекты разделены на 3 группы: дефекты диагностики, дефекты лечебной тактики и дефекты оформления медицинской документации.

Результаты и обсуждение. В 2016-2018 гг общее число комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КМСЭ) качества медицинской помощи, проведенных в отделе сложных экспертиз ГБУЗ ТО Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, составило 318, ежегодное их количество примерно одинаково и в равной степени разделено между медицинскими организациями города и области (рис. 1).

Из общего количества КМСЭ лидируют экспертизы по хирургии – 24,2%, педиатрии – 17,6%, акушерству и гинекологии – 13,2%. КМСЭ по профилю «анестезиология и реаниматология» занимает 5 место, что, с одной стороны, подтверждает рост правовой активности и информированности населения, с другой – заставляет нас, специалистов в области медицины критических состояний, обратить более пристальный взгляд на качество оказания медицинской помощи (табл. 1).

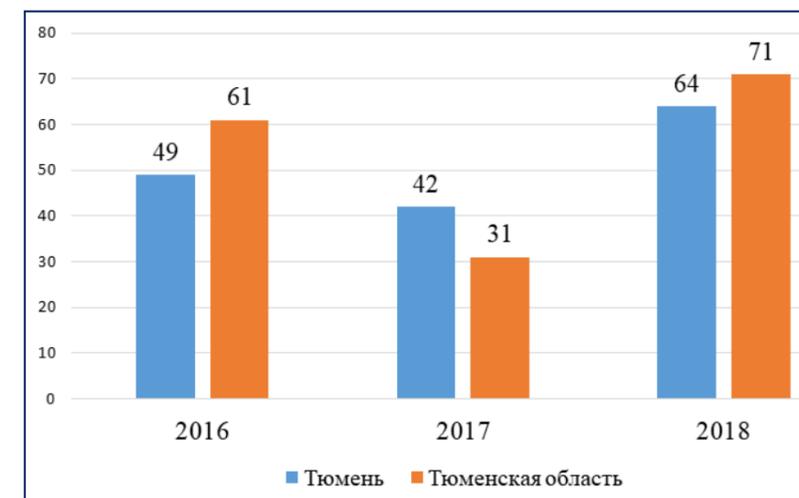


Рисунок 1. Количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз в 2016-2018 гг.

Таблица 1.

Количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз по профилям

Профиль КСМЭ	2016 n = 110	2017 n = 73	2018 n = 135	Общее количество n = 318
хирургия	30	15	32	94
педиатрия	26	13	17	68
акушерство и гинекология	15	10	17	47
терапия	9	8	22	44
анестезиология и реаниматология	6	6	12	29
неврология	4	4	14	22
онкология	5	4	10	19
стоматология	5	6	2	13
инфекционные болезни	4	3	4	12
травматология	6	2	1	11
оториноларингология	–	2	3	5
офтальмология	–	–	1	1

В большинстве случаев поводом для назначения КСМЭ были летальные случаи – 72% (табл. 2).

При проведении КСМЭ установлено, что дефекты оказания медицинской помощи установлены в 71,4% случаев, представленных на экспертизу, однако подавляющее число дефектов не имели прямой причинно-следственной связи с исходом оказания помощи, а количество дефектов, имеющих прямую причинно-следственную связь с исходом лечения, за три года снизилось в 3 раза. Если в 2016 году дефекты, напрямую связанные с исходом, были установлены в 10,6% случаев, то в 2018 году их количество составило 3,9% (табл. 3). Такая тенденция, безусловно, свидетельствует о росте профессионализма врачей и доказывает результативность внутреннего аудита качества медицинской помощи.

Тем не менее следует признать, что зачастую поводами к судебному иску со стороны пациентов или их родственников и назначением КСМЭ являлось отсутствие внимания со стороны медицинского персонала к пациенту. Во многих случаях мы наблюдаем парадоксальную ситуацию – количество информированных согласий по самым различным поводам в истории болезни увеличивается,

появляются различного рода чек-листы, однако реальная информированность пациента/родственников не увеличивается, поскольку большинство из них подходят к подписанию документов формально. По данным В.А. Голомазовой и Н.В. Журилова 57% пациентов не интересуются необходимостью проведения медицинского вмешательства, а 66% – особенностями процедуры, перекладывая тем самым ответственность на медицинский персонал [6].

При анализе качества анестезиолого-реанимационной помощи мы разделили дефекты на три основные группы:

1. дефекты диагностики;
2. дефекты лечебной тактики;
3. дефекты оформления медицинской документации.

Наиболее распространенные нарушения диагностики и их удельная доля от общего количества дефектов медицинской помощи представлены на рис. 2.

К недостаточному обследованию и недооценке тяжести состояния относились отсутствие в предоперационном осмотре анестезиолога оценки операционно-анестезиологического риска по шкале МНО-АР (чаще оценивается статус по ASA), отсутствие оценки трудной интубации по

Таблица 2.

Причины для назначения комиссионных судебно-медицинских экспертиз

Причины	2016 n = 110	2017 n = 73	2018 n = 135	Общее количество n = 318
Летальный исход	71	61	97	229
Причинение тяжкого вреда здоровью	3	1	2	6
Ухудшение состояния здоровья (удлинение сроков лечения и/или реабилитации)	36	11	36	83

Таблица 3.

Наличие дефектов оказания медицинской помощи и их причинно-следственная взаимосвязь с исходом лечения

Количество дефектов	2016 n = 110	2017 n = 73	2018 n = 135	Общее количество n = 318
Дефекты установлены	75	51	101	227
Установлена прямая причинно-следственная связь	8	3	4	15
Не установлена прямая причинно-следственная связь	67	48	97	212
Дефекты не установлены	35	22	34	91

Маллампасти, риска возникновения венозного тромбоза, коморбидности и связанных с ней рисков фатальных и нефатальных осложнений в периоперационном периоде. В дневниковых записях в палате интенсивной терапии чаще всего отсутствовали оценка состояния пациента по интегральным шкалам органной дисфункции.

Вместе с тем, недостаточная материально-техническая база медицинских организаций 1 и 2 уровня в части лабораторного и инструментального сопровождения объективно не позволяет провести оценку по шкалам APACHE, SAPS, EuroScore. Кроме того, более подробное обследование пациентов может не быть включенным в стандарт оказания помощи или является прерогативой профильных смежных специалистов, что определяет междисциплинарный характер проблемы и/или может приводить к необоснованному удорожанию медицинской услуги, особенно если речь идет о платном оказании медицинской помощи.

Несмотря на выявленные недостатки диагностики в предоперационном периоде, при анализе лечебной тактики не выявлено нарушений в технике проведения анестезиологического пособия или мониторинга – при наличии трудной интубации в операционной, как правило, присутствовал врач-эндоскопист или интубация проводилась сразу с видеоподдержкой, профилактика венозного тромбоза также проводилась всем пациентам, что было подтверждено протоколами профилактики ТЭЛА или записями в листах назначений.

Основные нарушения лечебной тактики включали применение препаратов, не рекомендованных в клинических рекомендациях/стандартах или не соответствующих нозологии/синдрому. Также можно отметить преждевременную экстубацию, несвоевременное начало ИВЛ или позднее наложение трахеостомы, отсутствие динамического наблюдения и несоблюдение стандартного протокола сердечно-легочного-церебральной реанимации (рис. 3).



Рисунок 2. Нарушения диагностического процесса, % от общего кол-ва дефектов



Рисунок 3. Нарушения лечебной тактики, % от общего кол-ва дефектов

Наиболее актуальной проблемой явилось несоответствие лечебной тактики протоколам/клиническим рекомендациям. Между тем, перечисленные документы носят рекомендательный характер, хотя и опираются на принципы доказательной медицины и добросовестной практики. Имеющиеся стандарты, утвержденные Приказами Минздрава РФ, не охватывают всех вариантов течения заболеваний. Рекомендованные в них мероприятия имеют усредненные показатели частоты и кратности применения. Тем не менее, достаточно высокий процент отсутствия обоснования назначений или смены лечебной тактики в историях болезни показывает, что этот процесс со стороны персонала происходит зачастую шаблонно.

Отдельного внимания заслуживает анализ нарушений проведения сердечно-легочно-церебральной реанимации (СЛЦР). В большинстве случаев (87,1%) в медицинской документации имелась только краткая запись о факте остановки кровообращения, выполнении СЛЦР с указанием временного интервала и последующей констатацией биологической смерти. В истории болезни зачастую отсутствовали записи врачей профильного отделения, где оказывалась реанимационная помощь до прибытия реаниматолога и только реаниматолог в своем дневнике писал, что «сердечно-легочная реанимация до прибытия реанимационной бригады оказывалась силами персонала профильного отделения». При описании медикаментозной реанимации встречалось, например, применение атропина, электродефибрилляции при асистолии, необоснованное применение глюкокортикостероидов. Выявленные дефекты могут быть как проявлением неосведомленности врачей о существующих требованиях к проведению СЛЦР, так и следствием очень кратких записей, когда из контекста ситуации следовало, что атропин, например, введен для профилактики гиперсаливации при интубации пациента с отеком легких или при анализе ЭКГ был выявлен идиопатический ритм.

Регулярные внутренние аудиты, комиссионные разборы выявленных дефектов,

в том числе и в профессиональном сообществе анестезиологов-реаниматологов, аналитическая работа заведующих отделениями и главных специалистов по анестезиологии и реаниматологии позволили добиться определенных успехов в профилактике нарушений качества медицинской помощи. Количество дефектов диагностики, таких как недостаточное обследование пациентов и отсутствие динамического наблюдения, за три года уменьшилось в 1,7 раза, количество дефектов лечения, в частности несоответствие клиническим рекомендациям/протоколам, снизилось в 2,5 раза, а дефекты лечения в виде преждевременной экстубации в течение последних двух лет не выявлялись.

К нарушениям оформления медицинской документации, главным образом, относились нарушение хронологии и формальное оформление дневниковых записей (рис. 4). Не требует никаких доказательств факт, что оформление медицинской документации в режиме on-line невозможно. Работа в медицинской информационной системе «IC – Больница» допускает оформление медицинской документации в течение суток, однако если документ начат (заведен в системе) в 08:00, а закончен (подписан электронной подписью) в 21:00, то в списке он будет первым, но если документ о манипуляции, произведенной в 08:00, начат в 20:45 и закончен (подписан электронной подписью) в 21:00, то в списке документов хронологически он будет в числе последних. Таким образом, имеющиеся дефекты, связанные с нарушением хронологии, если и имеют тенденцию к снижению, в современных условиях перехода на электронную историю болезни, вряд ли могут быть полностью нивелированы и не должны считаться дефектом оказания медицинской помощи.

Более серьезным нарушением оформления медицинской документации, на наш взгляд, являлись формальные записи с нестандартными сокращениями и отсутствием стилистической и орфографической грамотности, шаблонным стилем изложения. По нашему мнению, это связано со стартом внедрения электронной истории болезни

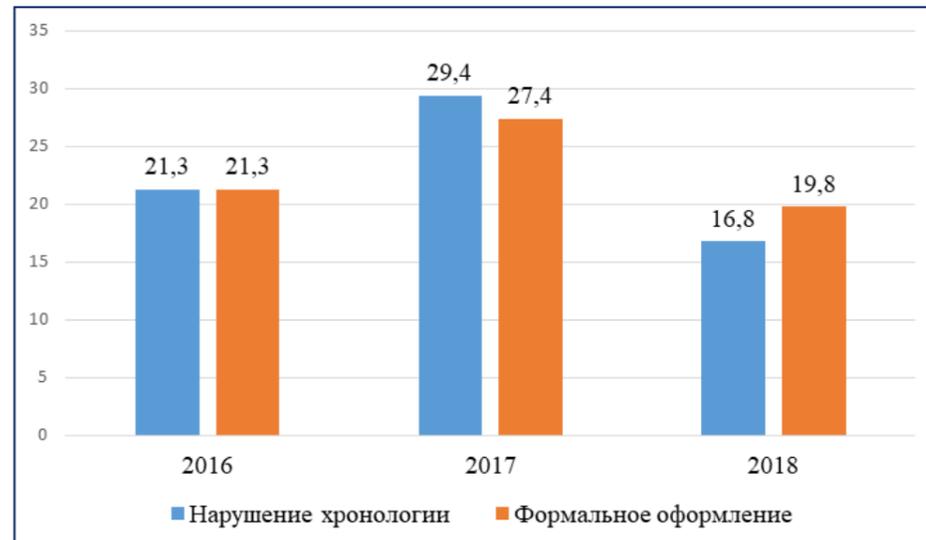


Рисунок 3. Дефекты оформления медицинской документации, % от общего кол-ва дефектов

в медицинских организациях г. Тюмени и Тюменской области в 2015 году и продолжающимся процессом освоения медицинской информационной системы, чрезмерной увлеченностью шаблонами документов, возможностью создания документов «на основании предыдущего». Хотя фотохронометражные исследования рабочего процесса врачей амбулаторно – поликлинического звена показали, что затраты рабочего времени при внедрении электронного документооборота смещаются с работы с пациентом на оформление медицинской документации, увеличивая время каждого приема на 5,8 минут, а время на прочую деятельность (вспомогательную, личное необходимое время) значительно сокращается [8]. Не исключено, что успешное внедрение электронного документооборота все же изменит хронометраж в сторону пациента. Данная тенденция прослеживается при увеличении опыта работы с электронными документами и приобретении новых профессиональных компетенций. Имеющиеся данные диктуют необходимость аудита хронометража рабочего времени медицинских специалистов и при оказании помощи в стационаре, что позволит наметить пути оптимизации рабочего процесса.

Таким образом, контроль эффективности и безопасности пациента при оказании медицинской помощи по профилю «ане-

стеziология и реаниматология» является неотъемлемой частью трудовой функции врача анестезиолога – реаниматолога, однако во всем мире растет как число безнадежных пациентов в ОРИТ, так и количество претензий к медицинским работникам. В этих условиях наша задача – максимально объективизировать истинные дефекты оказания медицинской помощи

Выводы.

1. По данным КСМЭ дефекты оказания медицинской помощи установлены в 71,4% случаев, количество дефектов, имеющих прямую причинно – следственную связь с исходом лечения, за три года снизилось с 10,6% случаев в 2016 году до 3,9% в 2018 году.
2. Проведение внутреннего аудита, комиссионных разборов с последующим анализом выявленных дефектов являются действенными методами в профилактике нарушений качества медицинской помощи.
3. Существующие клинические рекомендации и критерии качества оказания медицинской помощи не отражают всей глубины и разнообразия лечебного процесса, но в современных условиях являются практически единственным объективным инструментом обеспечения оптимальной среды безопасности для врача и пациента.

Список литературы:

1. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 №230 (ред. от 16.08.2011) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110198/ (дата обращения: 14.11.2019).
2. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения: 14.11.2019).
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2018 года №554н Профессиональный стандарт «Врач – анестезиолог-реаниматолог» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71949970/> (дата обращения: 14.11.2019).
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1278044/> (дата обращения: 14.11.2019).
5. Иванова Е.В. Есть такая профессия // Norwegian Journal of Development of The International Science. 2018. №18 (2). С. 71-74
6. Голомазова В.А., Журилов Н.В. Правовые аспекты организации системы оформления информированного добровольного согласия с использованием данных анкетирования // Медицинское право: теория и практика. 2018. Т. 4. №1 (7). С. 202-208.
7. Повзун С.А. О необходимости выработки официального определения понятия «дефект в оказании медицинской помощи» // Медицинское право: теория и практика. Т. 1. №1. 2015. С. 313–317.
8. Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А. и соавт. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях // Медицинский журнал здравоохранения. 2016. №2. С. 6-12.
9. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи. 3-е изд. доп., М., 2016. С. 501.

Об авторах:

Цирятъева Светлана Борисовна – профессор кафедры акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом КЛД ИНПР Тюменского государственного медицинского университета Минздрава России, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», доктор медицинских наук, доцент, Тюмень, s_b_c@mail.ru

Шень Наталья Петровна – заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом КЛД ИНПР Тюменского государственного медицинского университета Минздрава России, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», доцент, доктор медицинских наук, Тюмень, nataliashen@rambler.ru

Хорошкина Наталья Ивановна – заведующая отделом сложных экспертиз ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Тюмень, horoshkina.n@mail.ru

Абрамовская Татьяна Александровна – судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Тюмень, tabr74@mail.ru

Svetlana Borisovna Tsiryateva – professor of the department of obstetrics gynecology and intensive care with the course KLD, Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tyumen Regional Clinical Hospital №1, Doctor of Medical Science, Associate Professor, Tyumen

Natalia Petrovna Shen – head of the department of obstetrics gynecology and intensive care with the course KLD, Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tyumen Regional Clinical Hospital №1, Doctor of Medical Science, Associate Professor, Tyumen

Natalia Ivanovna Choroshkina – head of the department of complex expertise, Regional Department of Forensic Medical Examination, Tyumen

Tatyana Aleksandrovna Abramovskay – expert of the department of complex expertise, Regional Department of Forensic Medical Examination, Tyumen

© Цирятьева С.Б., Шень Н.П., Хорошкина Н.И., Абрамовская Т.А., 2020

РАЗДЕЛ III.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бобровская О.Н., Зиганурова З.З.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ БЕЗ ОПРЕДЕЛЁННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

На сегодняшний день в Российской Федерации насчитывается не меньше 4 миллионов лиц без определенного места жительства. Согласно письму Минздрава России от 2 мая 2017 года №28-4/10/2-29 лица без определенного места жительства имеют доступ к бесплатной медицинской помощи наравне с другими гражданами Российской Федерации. По статистическим данным, наиболее подвержены инфицированию все те специалисты, которые сталкиваются с инфекцией у необследованных больных: врачи скорой медицинской помощи, врачи приемного покоя. В связи с этим наблюдается рост заболеваемости инфекционными болезнями, в частности туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, паразитарными заболеваниями среди медицинских работников бригад СМП и приемного отделения. Поэтому в статье поднимаются вопросы о безопасности труда медицинских работников. В частности, рассматриваются вопросы взаимодействия медицинских служб с лицами БОМЖ. Автор указывает на отсутствие в Российской Федерации специализированной нормативной базы, регулирующей вопросы защиты медицинского персонала на рабочем месте. Предлагается разработать и внести в нормативную базу правила регистрации, лечения лиц БОМЖ, внедрить целевую программу по защите профессиональных рисков медицинского персонала, разработать методические указания по дезобработке транспорта и материалов при работе с данной категорией больных, с внедрением положения о специальных средствах индивидуальной защиты с возможностью реализации их в территориальных программах ОМС.

Ключевые слова: профессиональный риск, проблемы правового регулирования, риски заражения, социально-опасные заболевания, защита врачей, БОМЖ

Olga Bobrovskaya, Zilya Ziganurova

PROFESSIONAL RISKS OF MEDICAL WORKERS IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO PERSONS HOMELESS

To date, there are at least 4 million people without a certain place of residence in the Russian Federation. According to the letter of the Ministry of health of Russia dated May 2, 2017 no. 28-4/10/2-29 persons without a fixed place of residence have access to free medical care on an equal basis with other citizens of the Russian Federation. According to statistics, the most susceptible to infection are all those specialists who are faced with infection in untreated patients: emergency medical doctors, emergency room doctors. In this regard, there is an increase in the incidence of infectious diseases, in particular tuberculosis, HIV infection, parasitic diseases among medical workers of SMP teams and the reception Department. Therefore, the article raises questions about the safety of medical workers. In particular, the issues of interaction of medical services with HOMELESS

persons are considered. The author points to the lack of a specialized regulatory framework in the Russian Federation that regulates the protection of medical personnel in the workplace. It is proposed to develop and introduce into the regulatory framework rules for registration, treatment of HOMELESS persons, to introduce a target program for the protection of professional risks of medical personnel, to develop guidelines for de-treatment of transport and materials when working with this category of patients, with the introduction of provisions on special personal protective equipment with the possibility of their implementation in the territorial programs of the MHI.

Keywords: occupational risk, problems of legal regulation, risks of infection, socially dangerous diseases, protection of doctors, HOMELESS

«Светя другим, сгораю сам!» – этот старинный врачебный лозунг в наши дни обретает особый смысл. Спасая чужие жизни, врачи часто рискуют собственным здоровьем. Особенно данная проблема остро касается при обслуживании лиц без определенного места жительства, ведущих асоциальный образ жизни, тем самым являющихся переносчиками и резервуаром многих инфекций.

Бомжи существовали всегда, но не в таком количестве, чтобы омрачать жизнь обычных граждан. На момент распада в Советском Союзе насчитывалось, по официальной статистике, 142 тысячи человек без определенного места жительства. То есть около 0,05 процента от общей численности населения. Сегодня же в России, по данным некоммерческих организаций, насчитывается не меньше 4 миллионов лиц без определенного места жительства [4]!

Ежегодно в России около 320 тыс. медицинских работников не выходят на работу из-за болезней, приводящих к инвалидизации и повышенной смертности среди врачей и среднего медицинского персонала в трудоспособном возрасте. Так, в возрасте до 50 лет показатели смертности медицинских работников на 32% выше, чем средние показатели смертности населения по стране [4].

Несмотря на определенные достижения в области охраны труда медицинских работников, сегодня не существует единой организационной системы профессиональной безопасности, включающей научное изучение этих проблем. Работающие в центрах Госсанэпиднадзора врачи-гигиенисты, осуществляющие внешний кон-

троль за условиями труда, также, как и администрация лечебно-профилактических учреждений, не уделяют должного внимания профессиональной безопасности и здоровью медиков, недооценивая степень опасности госпитальной среды как фактора профессионального риска. Сами врачи и медсестры не придают особого значения решению этой проблемы, вероятно потому, что традиционно политика безопасности и сохранения здоровья проводилась в основном для пациентов, а не для сотрудников. Недостаток внимания к их здоровью может быть объяснен и тем, что они считаются профессионалами, способными позаботиться о своем здоровье без чьей-либо помощи. Актуальность проблемы организации системы охраны профессионального здоровья определяется влиянием условий труда на состояние здоровья медиков и высоким уровнем их заболеваемости, которая, по данным различных авторов, превышает таковую во многих ведущих отраслях промышленности и колеблется от 93,2 до 114,7 случая на 100 работающих.

На сегодняшний день нет правил или рекомендаций по профессиональной безопасности, применимых ко всем аспектам работы в лечебно-профилактических учреждениях, а большинство существующих рекомендаций является неспецифичными. Независимо от специализации больниц имеются общие неблагоприятные факторы производственной среды: нервно-эмоциональное напряжение, химические вещества, биологические агенты, высокое напряжение аналитических систем, возможность травматизма, суточный режим работы, нарушающий биологический ритм.

Непосредственными причинами возникновения заболеваний являются повышенная чувствительность организма работника к ряду факторов, отсутствие или неэффективность средств индивидуальной защиты, контакт с инфицированными пациентами, несовершенство инструментальной и оборудования.

Основные факторы профессиональной вредности для медицинских работников могут быть систематизированы по источникам их поступления и значимости влияния на состояние здоровья. Защита медицинского персонала от заражения инфекционными болезнями в современных условиях развития здравоохранения становится неотложной государственной задачей. Установлено, что заболеваемость медицинских работников, связанная с профессиональной деятельностью, имеет высокий уровень. Нельзя мириться с тем, что при спасении миллионов человеческих жизней медицинский персонал подвергается повышенной опасности инфицирования. Среди почти 40 тысяч существующих в настоящее время профессий особую социальную нишу занимают более 3 миллионов медицинских работников, из которых 17% врачей, 42,8% – средний медицинский персонал, 19,4% – младший медперсонал, еще 1% – психологи, биологи и представители некоторых других необходимых в здравоохранении профессий [6].

По результатам исследования Центра изучения проблем здравоохранения и образования РФ чаще всего среди медицинских работников встречаются инфекционные (от 75,0 до 83,8% по регионам, в среднем по РФ – 80,2%) заболевания. Наиболее подвержены инфицированию работники профильных учреждений здравоохранения (медработники инфекционных стационаров и амбулаторных учреждений), а также все те специалисты, которые сталкиваются с инфекцией у необследованных больных – это врачи скорой медицинской помощи, врачи приемного покоя. В структуре профессиональных инфекционных заболеваний первое место занимает туберкулез (частота выявления составляет до 80,0% от общего числа случаев профессиональной патологии) [4].

Рост заболеваемости персонала туберкулезом обусловлен тем, что туберкулез чаще всего встречается у лиц без определенного места жительства с циркулирующей резистентных к антибиотикам штаммов возбудителя (40-70%), так как они являются бывшими заключенными в почти 80% случаев и в большинстве случаев являются недолеченными. Ключевую роль играют недочеты в комплексе мер индивидуальной защиты персонала при оказании первичной помощи данной категории больных. [4]

Больного туберкулезом, не могут отправить на принудительное обследование ни сотрудники полиции, ни медицинские работники. Законодательством не запрещено больным людям находиться в общественных местах, если они не совершают никаких преступлений. Чтобы задержать бездомного, полицейским необходимо иметь разрешение суда о мерах принудительного лечения [5].

Из статистики службы скорой помощи, около десятка вызовов приходится на лиц БОМЖ в состоянии алкогольного опьянения. Вызывают скорую помощь прохожие, обеспокоенные видом человека люди, казалось бы, не подающим признаков жизни и лежащий на улице. По словам сотрудников скорой помощи, через час БОМЖи уходят на своих ногах подписав отказ от госпитализации. В конечном счете, оказывается, что большинство бригад СМП загружены в пустую и не редко это является причиной опозданий на действительно важные случаи.

Так же, не редки случаи нападения на бригады СМП перевозимыми БОМЖами, которым в конечном счете не потребовалась медицинская помощь.

Следует отметить, что в случаях с вызовом бригад СМП бомжам, врачи не могут отказать в оказании медицинской помощи бездомному, так как попадают под действие статьи 124 уголовного кодекса Российской Федерации «Неоказание помощи больному». Поэтому, по словам большинства медиков, им ставят среднюю степень алкогольного опьянения и везут в наркологический диспансер, но только на 3 дня, так как многие из них не имеют на руках полис ОМС.

Согласно статье 212 ТК РФ в обязанности работодателя, в данном случае администрации больницы, входит обеспечение безопасных условий труда, соответственно врачей и среднего медицинского персонала. Но в реальной жизни, сотрудники той же бригады СМП физически никак не защищены от противоправных действий пациента в алкогольном опьянении или от заражения вшами или чесоткой, перевоза бомжа. По постановлению Минтруда России от 24.10.2002 №73, в случае получения травмы или вреда здоровью, работодатель обязан компенсировать затраты на лечение и за причиненный моральный вред. Но, компенсация выплачивается только по признанию случая несчастным после расследования специальной комиссией.

Не менее пугающе звучит информация о санобработке транспорта. Ее просто не проводят по причине нехватки времени. В результате, в карете «скорой» могут перевозить бомжа, у которого туберкулез или гепатит, а на следующий вызов эта же машина поедет забирать роженицу или ребенка.

Из исследования нормативной базы РФ можно сделать выводы, что по отношению к медицинским сотрудникам и их взаимодействиям с опасной социальной группой населения БОМЖ не уделено должного внимания. Нет четких правил перевозки, госпитализации, принудительного лечения лиц БОМЖ. Нет четких статей по финансированию лечения и обеспечению медикаментами лиц БОМЖ.

Список литературы:

1. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 1996 г. №25. Ст. 2954.
2. Постановление Минтруда России «Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях» от 24.10.2002 №73 // Российская газета. 2002 г. №237.
3. Письмо Минздрава России «Об обеспечении лиц без определенного места жительства полисами обязательного медицинского страхования и оказания им медицинской помощи» от 02 мая 2017 №28-4/10/2-29 // URL: <http://docs.cntd.ru/document/555603391> (дата обращения: 22.12.2019).
4. Бояркина Сания Исааковна Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. 2018. №3. URL:

Из опыта соседних стран, наилучшим решением является организация специализированных социальных служб по обеспечению помощи бездомным.

В настоящее время специализированных здравпунктов для оказания медицинской помощи лицам без определенного места жительства в Российской Федерации только два: в Москве на базе Центра социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий имени Е.П. Глинки и в Санкт-Петербурге на базе Боткинской больницы. Причем оба они не раз находились под угрозой закрытия из-за недостаточности финансирования.

Решение:

Необходимо разработать и внедрить целевую программу по защите профессиональных рисков медицинского персонала (компетенция Минздрава РФ).

Также стоит уделить особое внимание:

- правилам регистрации, лечения (возможно даже принудительного в особых случаях) лиц БОМЖ;
- разработке методических указаний по дезобработке транспорта и материалов при работе с лицами без определенного места жительства с обязательным указанием порядка и сроков дезобработки;
- разработке положения о специальных средствах индивидуальной защиты при работе с лицами БОМЖ с возможностью реализации их в территориальных программах ОМС (компетенция Минтруда РФ).

<https://cyberleninka.ru/article/n/usloviya-truda-rossiyskih-vrachey-riski-dlya-zdorovya-i-infekcionnoy-bezopasnosti> (дата обращения: 22.12.2019).

5. «Туберкулезный» бомж на биробиджанском Арбате попал в разряд «неприкасаемых» // eaomedia.ru // URL: <https://eaomedia.ru/news/522509/> (дата обращения: 22.12.2019).
6. Сергеева И.В., Тихонова Е.П., Андропова Н.В., Кузьмина Т.Ю., Зотина Г.П. Заболеваемость медицинских работников инфекционными болезнями, связано ли это с профессиональной деятельностью // Современные проблемы науки и образования. 2015. №6. // URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22914> (дата обращения: 25.12.2019).

Об авторах:

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

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

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

Zilya Zaitunovna Ziganurova – a sixth-year student of the medical faculty Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Бобровская О.Н., Зиганурова З.З., 2020

Билера В.Г., Сафронова Е.В.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА

В данной статье рассмотрены этико-правовые проблемы толкования положений российского законодательства в области трансплантации органов. Проанализированы характерные особенности правового регулирования зарубежного законодательства, а также прецедентной практики ЕСПЧ в области трансплантации органов. Выявлена и обоснована необходимость дальнейшей регламентации положений российского законодательства в сфере трансплантации органов и тканей. Анализируя принцип презумпции согласия гражданина на изъятие органов и (или) тканей после смерти, особое внимание акцентировано на морально-этических аспектах российского законодательства. На основе проведенного исследования автором предлагается внести соответствующие изменения в закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека», одним из необходимых нововведений которого должна быть электронная база данных всех граждан РФ, которая позволит выявить согласился ли на изъятие органов пациент после своей смерти.

Ключевые слова: трансплантация, закон о трансплантации, врачебная этика, правонарушение

Valentin Bilera, Elena Safronova

LEGAL AND ETHICAL PROBLEMS OF HUMAN ORGAN TRANSPLANTATION

This article considers ethical and legal problems of interpretation of the provisions of Russian legislation in the field of organ transplantation. The characteristic features of the legal regulation of foreign legislation, as well as ECHR case-studies in the field of organ transplantation, are analyzed. The need for further regulation of the provisions of Russian legislation in the field of organ and tissue transplantation has been identified and justified. Analyzing the principle of presumption of consent of a citizen to removal of organs and (or) tissues after death, special attention is focused on moral and ethical aspects of Russian legislation. On the basis of the research, the author is invited to make appropriate changes to the law «on organ transplantation and (or) human tissues», one of the necessary innovations of which should be an electronic database of all citizens of the Russian Federation, which will reveal whether the patient agreed to withdraw organs.

Keywords: transplantation, law on transplantation, medical ethics, offense

Современный мир богат на медицинские открытия, увеличивающие продолжительность жизни человека, дающие надежду на излечение ранее неизлечимых болезней и облегчение страданий. Однако применение новых технологий, в частности: трансплантация органов и тканей от донора к реципиенту, новые вспомогательные репродуктивные технологии ставят перед человечеством ряд новых этических и правовых проблем.

В Российской Федерации отношения по трансплантации органов и тканей регулируются Законом РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 20 июля 2000 года №91-ФЗ (Закон «О трансплантации») [1]. Перечень объектов трансплантации является закрытым, что определено в приказе Министерства здравоохранения и социального развития №357 от 25.05.2007 г., содержащем реестр органов и тканей, могущих быть трансплантатами [2]. Закон о

трансплантации определяет требования к дееспособности, состоянию здоровья донора, а также устанавливает в ст. 11 в отношении прижизненного донорства, что изъятие органов и (или) тканей у живого донора для их трансплантации может осуществляться только в интересах здоровья реципиента и в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффективность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей.

Российская Федерация отдает предпочтение посмертному донорству, что подтверждено статьей 8 Закона о трансплантации исходящего из принципа презумпции согласия гражданина на изъятие органов и (или) тканей после смерти. При этом особой частью является согласие родственников на такую процедуру. Только после этого учреждение здравоохранения имеет право изъять все необходимое для помощи реципиенту.

За рубежом проблема донорства давно стала государственным делом. Так в ФРГ от 01.09.2012 вступил в силу закон о донорстве органов (со всеми предыдущими и новыми изменениями и дополнениями) [4]. Каждый житель Германии старше 16 лет должен опрашиваться на предмет готовности стать донором органов. В силу Закона он обязан указывать в медицинском полисе – согласен ли он в случае смерти на изъятие донорских органов. Законом предусмотрены специальные удостоверения, которые донорам предписано носить с собой. Если такой документ найдут в бумажнике у погибшего вместе с документом, удостоверяющим личность гражданина, то можно изымать органы без запросов родственникам. Во всех крупных больницах Германии созданы бригады забора органов, которые готовы работать круглосуточно, и приезжают в стационар незамедлительно сразу после вызова.

Федеральный закон Аргентины о трансплантации органов и анатомических материалов №24.193 от 19.04.1993 (с последующими изменениями) содержит более детально закрепленную процедуру изъятия

и пересадки органов и анатомических материалов [5]. Рассматриваемый закон устанавливает четкий круг оснований и условий, когда трансплантация возможна, круг согласительных процедур и уполномоченных лиц. При этом главы VIII–IX вышеозначенного закона предусматривают санкции за нарушения установленных требований.

В ст. 19 указанного Федерального закона Аргентины закреплено, что допускается изъятие органов или анатомических материалов у лица старше 18 лет для трансплантации в случае, если лицо при жизни дало утвердительное согласие. Также лицо может ограничить круг изъятия, перечислив те органы и ткани, которое это лицо выражает согласие пожертвовать (п. 2 ст. 19), и указав, для каких именно целей эти органы и анатомические материалы могут быть использованы – для пересадки, использования в научных или образовательных целях. Если же речь идет об изъятии органов или тканей у умершего ребенка в возрасте до 18 лет (неэмансипированного), то разрешение на изъятие органов или тканей и указание объема таковых могут предоставить только родители или законные представители ребенка в течение 48 часов. В случае согласованного отрицательного решения (несогласия на изъятие) родителей или представителей ребенка либо при отсутствии согласия хотя бы одного из них изъятие не допускается. Если у умершего ребенка отсутствуют указанные выше лица (родители, представители), то решение принимает уполномоченный орган.

Например, в соответствии со ст. L1211-2 Французского кодекса здравоохранения изъятие человеческих органов и тканей не допускается осуществлять без предварительного согласия донора, которое (согласие) может быть отозвано в любой момент [6].

Причем в соответствии со ст. L1232-1, L1232-2 и еще рядом других статей Французского кодекса здравоохранения изъятие органов и тканей у трупа может быть произведено также с согласия его ближайших родственников. Подчеркнем, что речь идет не о том, что органы могут быть изъяты, только если не было зафиксированного

запрета от самого потенциального донора и если не было воспрепятствования со стороны родственников в изъятии органов и тканей (как в российском законодательстве), а именно о том, что органы и ткани могут быть изъяты у трупа исключительно только если родственники дадут подобное прямое согласие или транслируют и подтвердят выраженное прижизненно потенциальным донором согласие на донорство органов и тканей.

Союзный закон Швейцарии «О трансплантации органов, тканей и клеток» от 08.10.2004 устанавливает, что органы, ткани и клетки могут быть изъяты у умершего лица (потенциального донора) в случае наличия выраженного этим лицом прижизненного согласия на донорство своих органов, тканей и клеток и при условии установления факта смерти этого лица [7]. Если никакого задокументированного согласия или отказа умершего лица на этот счет не существует, медицинская организация обязана запросить согласие у ближайших родственников, было ли им известно о воле указанного лица относительно донорства.

Если о таком волеизъявлении не известно ближайшим родственникам умершего, то органы, ткани или клетки могут изыматься с согласия ближайших родственников умершего, но они должны обращать внимание на предположительную волю умершего лица при принятии решения. Если у умершего нет ближайших родственников или невозможно с ними связаться, то изъятие у этого лица органов, тканей и клеток не допускается. Воля умершего лица имеет преимущество перед волей его ближайших родственников. Если умерший делегировал полномочия о принятии решения о согласии на донорство своих органов, тканей и клеток после своей смерти своему доверенному лицу, то это лицо действует вместо ближайших родственников умершего. Круг ближайших родственников определяется Союзным Советом.

При этом процедура пересадки органов и тканей человека (трансплантация) предполагает необходимость осуществления целого комплекса различных мероприятий, что, в свою очередь, обуславливает особую

сложность при определении существа складывающихся отношений между. Вместе с тем нельзя забывать, что все эти специфические отношения являются неотъемлемой составляющей трансплантации, которая выступает средством спасения жизни и восстановления здоровья человека. Представляется очевидным, что в основе трансплантации лежит правоотношение, возникающее между медицинским учреждением и пациентом по поводу восстановления его здоровья. Иные же отношения, складывающиеся в ходе лечения больного, лишь способствуют его реализации, другими словами, носят вспомогательный характер. Безусловно, природа таких вспомогательных отношений разнородна. Одни, например, регламентирующие функционирование системы органов здравоохранения, либо обуславливающие взаимодействие координационного центра и центра трансплантации, носят ярко выраженный административно-правовой характер. Другие, в особенности, возникающие между родственником донором и реципиентом, частноправовой. При этом гражданское право регулирует отношения между равноправными субъектами, в то время как отношения с участием государства, использующего свою принудительную власть, строятся по модели власти и подчинения.

Существует термин «уголовное-процессуальное принуждение», который используется с целью предупреждения или пресечения неправомерных действий, однако само понятие «принуждение» есть и у преступников, целью которого является создание любых неправомерных действий на благо себе. В Российской Федерации имеются злоумышленники, которые часто имеют дело в сфере здравоохранения. Действия некоторых из них касаются области трансплантологии и чаще всего направлены на получение нужного им органа, в целях продажи либо пересадки этого органа нужному им реципиенту. Они принудительно заставляют доноров подписывать документы на изъятие органов, их влияние может как физическим, так и психологическим, при этом само принуждение может быть направлено не только на самого донора, но

и его родственников, которые лишь могут подтолкнуть напуганного и обманутого донора подписать документы. В практике встречаются случаи, когда угроза носит неопределенный характер либо выражается в жаргонных или нецензурных формах. При демонстрации огнестрельного, холодного оружия или других предметов, используемых в качестве оружия, такая угроза может быть расценена как угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью. В последние годы все чаще виновные запугивают потерпевших необычными видами угроз, и нередко это достигает своей цели. Так, при разбойном нападении на потерпевшего и виновные угрожали ему «снести голову», а также насильственной трансплантацией внутренних органов, и это возымело свое действие, так как потерпевший знал о наличии у нападавших знакомых в институте трансплантации органов. Если данное правонарушение будет обнаружено и злоумышленника поймают при совершении данного действия, то вопрос о его ответственности должен решаться с учетом ст. 40 УК РФ «Физическое или психическое принуждение» [3]. Учитывая беспомощность некоторых доноров больницам следует ужесточить правила посещения таких пациентов и давать разрешение видиться с пациентом только самым близким родственникам, также следует как можно точнее проверять подписанные документы и по возможности несколько раз посетить донора и провести с ним беседу психологического характера.

К сожалению, случаи привлечения уголовной ответственности медицинских работников связанных с пересадкой органов не являются единичными. Так, в 2013 году были уволены врачи из клиники Лейпцига (Германия). По их вине первыми в очереди на операцию оказывались не те пациенты, для которых это последний шанс, а другие люди. Было выявлено 37 случаев, когда пациентам пересаживали печень вне очереди [10]. Медицинские карты подделывались, чтобы больной стал на бумаге умирающим. Все случаи неправомерных операций расследовала специальная комиссия. Торговля органов во многих странах запрещена.

Обращая внимание на все вышеперечисленное стоит отметить, что как таковых законов соблюдения этики при трансплантации органа не существует. Имеются лишь правоотношения между врачом и пациентом, и причиной таких взаимоотношений является тот факт, что пациент стал на учет по поиску подходящего органа и ему назначена операция по пересадке органа, которая зафиксирована документально. Все остальное общение врача с пациентом не является строгим законом, ведь не всегда в основе таких отношений может быть доброжелательность с обеих сторон. Очень часто возникают конфликты интересов между лечащим врачом, родственниками реципиента, самим реципиентом, а также между родственниками донора, самим донором (если донором является живой человек). В результате таких действий чаще всего крайними остаются врачи, так как на них подаются жалобы, вследствие их неправомерности в каком-либо вопросе возникшим из-за конфликтных ситуаций с пациентами.

В последнее время было зарегистрировано несколько случаев нарушений прав человека и пренебрежения врачебной этики.

Европейский суд по правам человека (ЕСПЧ) огласил постановление по делу «Петрова против Латвии» (Petrova v. Latvia, жалоба №4605/05), которым констатировал нарушение статьи 8 Европейской Конвенции, гарантирующей, в частности, право на уважение личной жизни, в связи с тем, что у заявительницы не спросили, согласна ли она на изъятие для трансплантации почек и селезенки ее сына, скончавшегося от травм, полученных в результате ДТП, и не выразившего прижизненно свою волю по вопросу об изъятии его органов в случае смерти, несмотря на то, что латвийское законодательство, устанавливая презумпцию согласия на это, дает близким родственникам умершего право возражать против изъятия органов [8].

Латвийские власти утверждали, что они не обязаны информировать родственников умерших об изъятии органов и, соответственно, предоставлять им возможность реализовать свое право возражать против этого. Напротив, это сами родственники

ки умерших должны предпринять шаги, направленные на то, чтобы не допустить трансплантацию органов их близких, если они возражают против этого.

ЕСПЧ признал, что вмешательство в право на уважение личной жизни не было предусмотрено законом, как того требует статья 8 Европейской Конвенции, поскольку латвийское законодательство, формально предоставляя близким родственникам умершего право возражать против изъятия его органов, не было сформулировано достаточно конкретно с тем, чтобы защитить лицо от произвола, поскольку оно не обеспечивало надлежащее информирование родственников умершего о трансплантации его органов с тем, чтобы они могли возразить против этого, равно как не запрещало изъятия органов без получения согласия на это у родственников, если умерший при жизни не выразил свою волю. Заявительница, формально имея право возражать против изъятия органов ее сына, не была проинформирована о том, как и когда она может реализовать его, не говоря уже о том, чтобы получить надлежащие объяснения.

Более того, в течение трех дней после аварии сын заявительницы был все еще жив, но находился в очень тяжелом состоянии и не приходил в сознание. При этом не было предпринято никакой попытки связаться с его родственниками, чтобы обсудить с ними вопрос возможной трансплантации органов. Заявительница же утверждала, что все это время она постоянно была на связи с медицинскими работниками.

Наконец, после смерти сына заявительницы был проведен целый ряд медицинских мероприятий, направленных на выяснение его совместимости с реципиентом. И в это время, пусть оно и было небольшим, никто также не попытался связаться с заявительницей, чтобы предоставить ей возможность реализовать свое право возражать против изъятия органов сына для трансплантации.

ЕСПЧ коммуницировал жалобу матери девушки Елены Саблиной и двух ее бабушек и поставил перед российскими властями несколько вопросов [9]. По словам представителя заявителей, юриста общественной

организации «Сутяжник» Антона Буркова, Страсбургский суд интересуется, является ли произошедшее жестоким и бесчеловечным обращением с родными девушки, и нарушает ли их права на частную и семейную жизнь. Еще одна группа вопросов к властям касается справедливости судебных разбирательств, в том числе правомерности того, что судебные заседания по делу Саблиной проходили в закрытом режиме, а решение суда оглашали в сокращенном виде.

19-летнюю Алину Саблину сбила машина в Москве 11 января 2014 года. Ее доставили в реанимацию московской городской клинической больницы №1 Москвы. 17 января Алина скончалась. Алина Саблина родилась в Екатеринбурге, в столице училась в Институте дизайна и технологий. В семье она была единственным ребенком.

Елена Саблина узнала об изъятии органов дочери для трансплантации из заключения судмедэксперта через месяц после смерти Алины. В документе было зафиксировано, что у погибшей девушки изъяли сердце, почки, надпочечники, аорту, вену и часть правого легкого. Госпожа Саблина за полтора года прошла все национальные судебные инстанции в России, включая Конституционный суд: она требовала взыскать с больницы компенсацию морального вреда, но везде получила – отказ. Конституционный суд признал изъятие органов ее дочери законным. «Мы были в Замоскворецком районном суде, в Мосгорсуде, в президиуме Мосгорсуда, в Верховном суде и Конституционном суде (КС), – пояснил «Ъ» господин Бурков. – В КС нам сказали, что тайное изъятие органов соответствует российскому закону и что негуманно перед смертью пациента или сразу после нее сообщать родственникам, что планируется изъятие органов. Мы пошли в российские суды, чтобы разобраться, как у нас работает трансплантология. И поняли, что это абсолютно закрытая процедура». Согласно ст. 8 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», орган не изымут, если пациент при жизни или его родные, или законные представители заявили о своем несогласии, а затем сообщили об этом учреждение здравоохранения. Если заявле-

ния о несогласии нет, закон позволяет изъять органы для трансплантации, причем врач не должен об этом спрашивать родных пациента. «Вы должны зафиксировать свою волю у нотариуса, – объясняет Антон Бурков. – Одна копия документа будет у него, вторая – у вас. Но если человек попадает в ДТП, он без сознания, и его квалифицируют как потенциального донора, откуда врач узнает, что существует такой нотариально заверенный документ? Ты же не будешь носить его с собой, наколку на теле не сделаешь, а электронной базы нет».

В декабре 2015 года Саблины подали жалобу в ЕСПЧ. По мнению Елены Саблиной, в России нужно совершенствовать законодательство в области трансплантологии. Она выступает за то, чтобы органы изымали, только если человек дал на это согласие, а не наоборот, как сейчас. По итогам разбирательств ЕСПЧ она ждет именно таких перемен: «Сегодня врачи изымают, какие хотят органы, что хотят с ними делают, и считают, что эта тайна не разглашается и они не вправе говорить родственникам, что делают с их детьми и родителями».

Со своей стороны, Антон Бурков уверен, что в законе должны быть четко прописаны взаимоотношения доноров, их родственников, реаниматологов, трансплантологов, получателей органов. Также, по мнению юриста, необходимо установить прижизненную процедуру фиксирования согласия или несогласия на изъятие органов, нужна электронная база данных.

Следует также разобраться по какой причине от пересадки отказываются как доноры, так и реципиенты. Одной из такой причин является закон Российской Федерации, исходящий из принципа презумпции согласия гражданина на изъятие органов и (или) тканей после смерти. Стоит обратить внимание на морально-этическую составляющую данного закона. Люди, давшие согласие на изъятие органов или тканей, могут попасть в ситуацию, при которой их здоровье находится в критическом состоянии. В связи с этим наступает вопрос врачебной морали: будет ли врач спасать смертельно больного пациента, который дал согласие на изъятие органов и тканей, и которого

можно попытаться спасти, или же врач сразу назначит процедуру изъятия. Именно эта причина и пугает часть граждан. Они боятся, что врач поспешит или нарочно сделает операцию во благо себе, либо донору. Но не только доноры отказываются от изъятия, но и реципиенты зачастую отрицательно относятся от принятия чужого органа или ткани. Причины отказа извлечения или же принятия органа могут быть абсолютно разными. Личными, затрагивающими моральные установки отдельного человека, а также и устоявшимися в морали целых общественных групп. Куда, например, относятся религиозные нормы. Так, Свидетели Иеговы считают переливание крови людоедством (Пробудитесь! 8 июня 1968, с. 21). Хотя и рассматривают трансплантацию в качестве «добросовестного решения каждым Свидетелем Иеговы» (Сторожевая Башня, 15 марта 1980, с. 31). Причем, как трансплантировать орган без крови в данном случае совершенно непонятно.

Но в большинстве случаев отказы принять чужой орган подкреплены страхом за свою собственную жизнь, ведь оказавшись в больнице врач сразу ставит пациента в известность говоря, что шанс отторжения органа может достигать высоких процентов, но при пересадке разных органов, будут разные проценты, так, например, при пересадке сердца процент отторжения может быть равен 37,2%.

Таким образом, опираясь на все вышесказанное, можно с уверенностью сказать, что закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» требует большой доработки со стороны взаимоотношений между родственниками донора, донором, родственниками реципиента, реципиентом и врачами, которые будут участвовать в операции. Одним из необходимых нововведений является электронная база данных всех граждан РФ, которая позволит узнать согласился ли на изъятие органов пациент после своей смерти. Также необходимо ужесточить посещение пациентов (потенциальных доноров), разрешить проходить к ним только родственникам, во избежание принудительной отдачи органа другому пациенту.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 22 декабря 1992 года №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» с изменениями и дополнениями от 20 июля 2000 года №91-ФЗ // Доступ из справочно-правовой системы «Гарант» URL: <https://base.garant.ru/136366/> (дата обращения: 9.11.2019).
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 25 мая 2007 г. №357/40 «Об утверждении Перечня органов и (или) тканей человека – объектов трансплантации, Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека, и Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека» // Доступ из справочно-правовой системы «Гарант». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12054191/> (дата обращения: 9.11.2019).
3. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 №63-ФЗ // Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс» URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=335681&fld=134&dst=100164,0&nd=0.7009110517429733#00869280096934828> (дата обращения: 9.11.2019).
4. Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) von 05.11.1997. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/tpg//BJNR263100997.html> (дата обращения: 9.11.2019).
5. Ley №24.193 de 19.04.1993 trasplantes de organos y materiales anatomicos. URL: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/591/texact.htm> (дата обращения: 9.11.2019).
6. Code de la santé publique. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr> (дата обращения: 9.11.2019).
7. Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation) du 8 octobre 2004. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/810.21.fr.pdf> (дата обращения: 9.11.2019).
8. Анищик О.О. ЕСПЧ: нарушение в реализации запрета изымать органы близких // URL: <http://european-court.ru/2014/06/24/15911/> от 26.06.2014 (дата обращения: 9.11.2019).
9. Беницевич Н. Принцип добровольного несогласия // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3113922> от 12.10.2016 (дата обращения: 9.11.2019).
10. Гильфанова А.Ш. Правовые проблемы трансплантации органов и тканей человека в России и зарубежных странах // Пробелы в российском законодательстве. 2014. №5. С. 172-174.

Об авторах:

Билера Валентин Геннадьевич – студент факультета лечебного дела Белгородского государственного национального исследовательского университета, Белгород, walentein1997@mail.ru

Сафронова Елена Викторовна – профессор кафедры конституционного и международного права Белгородского государственного национального исследовательского университета, доктор юридических наук, доцент, Белгород, elena_safronova_2010@mail.ru

Valentin Gennadievich Bilera – student of the Faculty of Medicine of the Belgorod State National Research University, Belgorod, walentein1997@mail.ru

Elena Viktorovna Safronova – professor of the Department of Constitutional and International law, Belgorod State National Research University, doctor of juridical science, associate professor, Belgorod

© Билера В.Г., Сафронова Е.В., 2020

Козьма Н.Н., Куранов В.Г., Лазаревич Е.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ОН-ЛАЙН КАЛЬКУЛЯТОР) В ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА «ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ»)

В статье рассмотрен алгоритм решения конкретной образовательной задачи: научить будущего специалиста в сфере защиты прав потребителей производить расчет процентов за пользование чужими денежными средствами с применением информационно-коммуникационных технологий-онлайн калькулятора суммы задолженности. Статья содержит правила расчета, таблицы, конкретные примеры расчета процентов, ссылки на интернет-ресурсы, необходимые для формирования практического навыка.

Ключевые слова: гражданско-правовая ответственность, неисполнение денежных обязательств, проценты за пользование чужими денежными средствами, онлайн калькулятор, информационно-коммуникационные технологии, средняя ставка банковского процента по вкладам физических лиц, ключевая ставка Банка России, практико-ориентированная модель обучения студентов

Natalia Kozma, Vladimir Kuranov, Elena Lazarevich

USING INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES (COMPENSATORY INTEREST ON-LINE CALCULATOR) IN TEACHING ACTIVITY (BY THE EXAMPLE OF CONSUMER PROTECTION COURSE TEACHING)

The article deals with the algorithm for solving a specific educational task: to teach a future specialist in the field of consumer protection to calculate the compensatory interest for the use or retention of money using information and communication technologies – amounts owed on-line calculator. The article contains calculation rules, tables, specific examples of interest calculation, links to Internet resources necessary for the formation of a practical skill.

Keywords: civil liability, non-performance of financial obligations, compensatory interest for the use or retention of money, amounts owed on-line calculator, information and communication technologies, average bank interest rate on private deposits, the Bank of Russia key rate, practice-oriented student learning model

В рамках преподаваемой дисциплины курса лекций и практических занятий «Защита прав потребителей» у студентов медико-профилактического факультета значительное количество вопросов и трудностей вызывает раздел, посвященный теоретическим аспектам гражданско-пра-

вовой ответственности. В связи с этим в рамках лекционных и практических занятий целесообразно остановиться на рассмотрении нормы статьи 395 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ) [1] «Ответственность за неисполнение денежных обязательств» (далее

также – проценты за пользование чужими денежными средствами).

Необходимо отметить, что и в деятельности многих практикующих специалистов, работающих с вопросами защиты прав потребителей, умение исчислить проценты за пользование чужими денежными средствами является, пожалуй, одним из навыков, требующих разъяснения.

В большинстве дел по защите прав потребителей, как на стадии претензионных требований, так и при составлении исковых заявлений в суд, содержится требование о возврате денежных средств, неустойки, процентов за пользование чужими денежными средствами, штрафа и компенсации морального вреда, взыскании денежных средств, незаконно удерживаемых продавцом/исполнителем услуг. Следовательно, в практико-ориентированной модели обучения студентов профессионального образования освоение названного навыка является важным.

Действительно, алгоритм вычисления процентов за пользование чужими денежными средствами может представлять некоторую практическую сложность для обучающихся по ряду причин.

Так, в соответствии с положениями части 1 статьи 395 ГК РФ по общему правилу в случаях неправомерного удержания денежных средств, уклонения от их возвра-

та, иной просрочки в их уплате, подлежат уплате проценты на сумму долга.

С 01.08.2016 г. размер процентов определяется ключевой ставкой Банка России, действовавшей в соответствующие периоды.

Вместе с тем, норма права в приведенной редакции действовала не всегда. Ранее для расчета процентов за пользование чужими денежными средствами применялась сначала ставка рефинансирования Банка России (до 01.06.2015 года), затем для расчета указанных процентов стали применять среднюю ставку банковского процента по вкладам физических лиц (с 01.06.2015 г. по 31.07.2016 г.). Величины названных ставок за определенные периоды времени нормативно определялись и определяются Банком России.

В качестве иллюстрации частых изменений величин ставки рефинансирования, средней ставки банковских процентов по вкладам физических лиц, ключевой ставки приведем соответствующие примеры в таблицах ниже.

Так, процентная ставка рефинансирования (учетная ставка) – ставка процента при предоставлении Центральным банком кредитов коммерческим банкам, в том числе используется в целях налогообложения и расчета пеней и штрафов, введена 1 января 1992 года (см. табл. 1) [2].

Таблица 1.

Ставка рефинансирования Центрального банка РФ*

Срок, с которого установлена ставка	Размер ставки рефинансирования (% годовых)	Документ, в котором сообщена ставка
с 14 сентября 2012 г.	8,25	Указание Банка России от 13.09.2012 №2873-У
с 26 декабря 2011 г.	8,00	Указание Банка России от 23.12.2011 №2758-У
с 3 мая 2011 г.	8,25	Указание Банка России от 29.04.2011 №2618-У
с 28 февраля 2011 г.	8,00	Указание Банка России от 25.02.2011 №2583-У
с 1 июня 2010 г.	7,75	Указание Банка России от 31.05.2010 №2450-У
с 30 апреля 2010 г.	8,00	Указание Банка России от 29.04.2010 №2439-У
с 29 марта 2010 г.	8,25	Указание Банка России от 26.03.2010 №2415-У

* Более ранние и более поздние данные мы здесь не приводим

Приведем средние ставки банковского процента по вкладам физических лиц по Приволжскому федеральному округу (см. табл. 2).

Обратите внимание, для целей данной публикации считаем целесообразным

приводить в качестве справки сведения о соответствующих ставках по конкретному федеральному округу РФ, за несколько лет, более ранние и более поздние данные можно найти на соответствующем интернет-ресурсе [2].

Таблица 2.

Средняя ставка банковского процента по вкладам физических лиц по Приволжскому федеральному округу

Дата начала применения	Размер средней ставки (% годовых)
с 15.07.2016 по 31.07.2016	7,1
16.06.2016	7,82
19.05.2016	7,53
15.04.2016	7,76
17.03.2016	8,29
19.02.2016	8,69
25.01.2016	7,57
15.12.2015	7,07
17.11.2015	9,15
15.10.2015	9,24
15.09.2015	9,59
17.08.2015	10,12
15.07.2015	10,14
15.06.2015	11,16
01.06.2015	11,15

Ключевая ставка – процентная ставка по основным операциям Банка России по регулированию ликвидности банковского сектора, является основным индикатором денежно-кредитной политики, была введена Банком России 13 сентября 2013 года (см. табл. 3) [2].

Как видно из приведенных данных, и ставка рефинансирования Банка России, и средняя ставка банковского процента по вкладам физических лиц, и ключевая ставка Банка России являлись, и, соответственно, являются часто меняющимися величинами, действующими лишь определенный временной период.

Для определения размера процентов за пользование чужими денежными средствами необходимо знать ряд величин: сумму

невозвращенных денежных средств, срок невозврата, величину ставки рефинансирования Банка России, величину средней ставки банковского процента по вкладам физических лиц, величину ключевой ставки Банка России, действовавшие в соответствующие периоды невозврата денежных средств.

Для расчета размера процентов за пользование чужими денежными средствами подлежит применению та ставка, которая действовала в определенный период времени.

Таким образом, мы видим, что неавтоматизированный расчет искомой величины является достаточно трудоемким, затратным по времени, в связи со сложностью расчета возможны ошибки в вычислениях.

Таблица 3.
Ключевая процентная ставка по основным операциям Банка России**

Срок, с которого установлена ставка	Размер ключевой ставки (% годовых)	Документ, в котором сообщена ставка
с 17 декабря 2018 г.	7,75	Информация Банка России от 14.12.2018
с 17 сентября 2018 г.	7,50	Информация Банка России от 14.09.2018
с 26 марта 2018 г.	7,25	Информация Банка России от 23.03.2018
с 12 февраля 2018 г.	7,50	Информация Банка России от 09.02.2018
с 18 декабря 2017 г.	7,75	Информация Банка России от 15.12.2017
с 30 октября 2017 г.	8,25	Информация Банка России от 27.10.2017
с 18 сентября 2017 г.	8,50	Информация Банка России от 15.09.2017
с 19 июня 2017 г.	9,00	Информация Банка России от 16.06.2017
со 2 мая 2017 г.	9,25	Информация Банка России от 28.04.2017
с 27 марта 2017 г.	9,75	Информация Банка России от 24.03.2017
с 19 сентября 2016 г.	10,00	Информация Банка России от 16.09.2016
с 14 июня 2016 г.	10,50	Информация Банка России от 10.06.2016

** Более ранние и более поздние данные мы здесь не приводим

Как видно из приведенных данных, и ставка рефинансирования Банка России, и средняя ставка банковского процента по вкладам физических лиц, и ключевая ставка Банка России являлись, и, соответственно, являются часто меняющимися величинами, действующими лишь определенный временной период.

Для определения размера процентов за пользование чужими денежными средствами необходимо знать ряд величин: сумму невозвращенных денежных средств, срок возврата, величину ставки рефинансирования Банка России, величину средней ставки банковского процента по вкладам физических лиц, величину ключевой ставки Банка России, действовавшие в соответствующие периоды невозврата денежных средств.

Для расчета размера процентов за пользование чужими денежными средствами подлежит применению та ставка, которая действовала в определенный период времени.

Таким образом, мы видим, что неавтоматизированный расчет искомой величины является достаточно трудоемким, затратным по времени, в связи со сложностью расчета возможны ошибки в вычислениях.

Для понимания ценности средств автоматизации расчетов и демонстрации трудоемкости неавтоматизированных процессов, студентам сначала на конкретном примере предлагается совместно с преподавателем рассчитать размер процентов за пользование чужими денежными средствами без применения информационно-коммуникационных технологий (далее – средства ИКТ). Методически и педагогически верным считаем также и умение студентов знать технологию расчета процентов за пользование чужими денежными средствами без применения средств ИКТ.

Затем студенты информируются преподавателем о наличии онлайн-калькулятора для расчета процентов за пользование чужими денежными средствами на официальном сайте Арбитражного суда Пермского края: адресная строка <http://www.perm.arbitr.ru/process/duty/calculator395> [3].

Вместе с преподавателем студенты вводят предложенные данные (сумму задолженности, срок возврата и иные необходимые для расчета параметры). Для решения конкретной задачи преподаватель берет данные из текста реального судебного акта одного из арбитражных судов, не оглашая студентам заранее результата.

Приведем пример такого расчета с использованием средства ИКТ (калькулятора расчета процентов, имеющегося на сайте Арбитражного суда Пермского края):

<http://www.perm.arbitr.ru/process/duty/calculator395>:

Сумма задолженности с НДС:

30 000 000 руб.

В том числе НДС (%):

0 руб. 00 коп.

Период просрочки:

1045 дней

Калькулятор суммы задолженности по статье 395 ГК РФ (<http://www.perm.arbitr.ru/process/duty/calculator395>)

Сумма задолженности с НДС:

30 000 000 руб.

В том числе НДС (0%):

0 руб. 00 коп.

Период просрочки:

1045 дней

С 06.06.2016 по 15.06.2016: 7.53%

С 16.06.2016 по 14.07.2016: 7.82%

С 15.07.2016 по 31.07.2016: 7.1%

С 01.08.2016 по 18.09.2016: 10.5%

С 19.09.2016 по 26.03.2017: 10%

С 27.03.2017 по 01.05.2017: 9.75%

С 02.05.2017 по 18.06.2017: 9.25%

С 19.06.2017 по 17.09.2017: 9%

С 18.09.2017 по 29.10.2017: 8.5%

С 30.10.2017 по 17.12.2017: 8.25%

С 18.12.2017 по 11.02.2018: 7.75%

С 12.02.2018 по 25.03.2018: 7.5%

С 26.03.2018 по 16.09.2018: 7.25%

С 17.09.2018 по 16.12.2018: 7.5%

С 17.12.2018 по 16.04.2019: 7.75%

Проценты итого за период:

7261748 руб. 71 коп.

Местонахождение кредитора:

Приволжский федеральный округ

После совместного решения приведенного примера обучающиеся получают аналогичное самостоятельное задание с последующим обязательным преподавательским контролем. Данные для задания заимствуются из реального судебного акта арбитражного суда, вступившего в законную силу.

Применение названного средства ИКТ существенно облегчает расчет процентов за пользование чужими денежными средствами, экономит рабочее время будущего практикующего специалиста, позволяет исключить вероятность арифметических ошибок в вычислениях.

Мы считаем решенной следующую образовательную задачу: научить студента (будущего специалиста) производить расчет процентов за пользование чужими денежными средствами в соответствии с положениями статьи 395 ГК РФ с помощью ИКТ – онлайн калькулятора суммы задолженности, расположенного на официальном сайте Арбитражного суда Пермского края (знание, умение), средством ИКТ является онлайн калькулятор, расположенный на официальном сайте Арбитражного суда Пермского края, образовательным результатом (знание, умение и навык) – производство расчета процентов за пользование чужими денежными средствами с помощью онлайн калькулятора, расположенного на официальном сайте Арбитражного суда Пермского края самостоятельно, без посторонней помощи.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 №51-ФЗ // URL: Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 №51-ФЗ (дата обращения: 19.11.2019).
2. Справочная информация: «Ключевая ставка и процентная ставка рефинансирования (учетная ставка), установленные Банком России» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12453/ (дата обращения: 19.11.2019).
3. Онлайн калькулятор для расчета процентов за пользование чужими денежными средствами на официальном сайте Арбитражного суда Пермского края // URL: www.perm.arbitr.ru/process/duty/calculator395 (дата обращения: 19.11.2019).

Об авторах:

Козьма Наталья Николаевна – старший преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь, prostor2006@mail.ru

Куранов Владимир Григорьевич – старший преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь, kuranov.perm@yandex.ru

Лазаревич Елена Викторовна – преподаватель колледжа профессионального образования Пермского государственного национального исследовательского университета, старший преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь, yelenakobyakova5@mail.ru

Natalia Nikolaevna Kozma – senior lecturer Department of Law of Vagner Perm State Medical University, Ministry of Health, Perm

Vladimir Grigorevich Kuranov – senior lecturer Department of Law of Vagner Perm State Medical University, Ministry of Health, Perm

Lazarevich Elena Viktorovna – lecturer of college professional education of Perm State University, senior lecturer Department of Law of Vagner Perm State Medical University, Ministry of Health, Perm

© Козьма Н.Н., Куранов В.Г., Лазаревич Е.В., 2020

Колоколов А.В.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

С учетом все возрастающей роли психического здоровья населения, в частности работающих граждан, а также влияния факторов окружающей среды, важнейшими из которых являются условия труда, был проведен анализ законодательной базы, отражающий условия охраны психического здоровья населения. В данной статье рассмотрен юридический аспект проведения психиатрического освидетельствования. Проанализированы проблемы правового регулирования порядка проведения обязательного психиатрического освидетельствования. Автором освещается проблема правомочности проведения психиатрического освидетельствования частными медицинскими организациями. Показано, что контроль за прохождением психиатрического освидетельствования работниками является обязанностью работодателя.

Ключевые слова: психиатрическое освидетельствование, права граждан, охрана здоровья, психическое здоровье, психиатрическая помощь

Anton Kolokolov

PROBLEMATIC ISSUES OF LEGAL REGULATION OF COMPULSORY PSYCHIATRIC EXAMINATION

Given the growing role of the mental health of the population, in particular working citizens, as well as the influence of environmental factors, the most important of which are working conditions, an analysis of the legislative framework was carried out, reflecting the conditions for the protection of the mental health of the population. This article discusses the legal aspect of conducting a psychiatric examination. The problems of legal regulation of the procedure for conducting compulsory psychiatric examination are analyzed. The author highlights the issue of the eligibility of a psychiatric examination by private medical organizations. It is shown that monitoring the passage of a psychiatric examination by employees is the responsibility of the employer.

Keywords: psychiatric examination, citizens' rights, health protection, mental health, psychiatric care

В настоящее время обязательное психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии со ст.65 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.ст. 6, 23, 24, 25 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и осуществляется врачебной комиссией медицинской организации, уполномоченной на то федеральным органом исполнительной власти или органом исполнительной вла-

сти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения [1, 2].

Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности утвержден постановлением Совета министров Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 №377 [4].

На современном этапе участились случаи, когда врачебные комиссии для проведения психиатрических освидетельствований

создаются на базе частных медицинских организаций в организационно-правовой форме обществ с ограниченной ответственностью и индивидуальных предпринимателей, что является нарушением правил прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности и порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации [5, 6].

Психиатрическое освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия, обследуемого на его проведение. Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до шестнадцати лет проводится при наличии информированного добровольного согласия на его проведение одного из родителей либо иного законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд [2].

При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Необходимость установления диспансерного наблюдения и его прекращения определяется комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством,

или его законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи [2].

В случае выявления врачом-психиатром и (или) наркологом лиц с подозрением на наличие медицинских противопоказаний, соответствующих профилю данных специалистов, к допуску на работы с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также к работам, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, указанные лица в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, направляются для освидетельствования во врачебную комиссию, уполномоченную на то органом здравоохранения в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 23.09.2002 №695 [5].

Необходимо отметить, что обязательное психиатрическое освидетельствование должно проводиться только в соответствии с нормативными документами, регламентирующими процедуру проведения психиатрического освидетельствования по конкретному основанию, определяющему необходимость его проведения.

Психиатрическое освидетельствование работников должно проводиться в порядке, устанавливаемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Однако до настоящего времени порядок не был определен уполномоченным органом, а действуют Правила прохождения работниками психиатрического освидетельствования. Которыми в свою очередь предусматривается Перечень отдельных видов деятельности требующих психиатрического освидетельствования работников в них занятых, а также устанавливается, что психиатрическое освидетельствование проводится комиссионно [5].

При этом для целей контроля и надзора используется Перечень медицинских противопоказаний для

осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, который содержит медицинские противопоказания для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности:

- связанных с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов с указанием опасных и вредных веществ, и производственных факторов;
- связанных с условиями повышенной опасности с указанием проводимых работ, видов профессиональной деятельности и категорий должностей [4].

В ноябре 2013 года в статьи 212 и 213 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ о том, что работники, осуществляющие отдельные виды деятельности, в том числе связанной с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающие в условиях повышенной опасности, проходят обязательное психиатрическое освидетельствование не реже одного раза в пять лет за счет средств работодателя [3].

Таким образом возникла необходимость проводить психиатрическое освидетельствование половины (как минимум) работников, занятых в стране – т.е., 43 млн. человек.

Если следовать Перечню медицинских противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности [5], то под психиатрическое освидетельствование попадают все работники вредных и опасных производств (строители, осуществляющие работы на высоте, шахтеры, работники обслуживающие сосуды под давлением, кочегары, операторы котельных, работники служб инкассаций и банков, токаря, фрезеровщики, штамповщики, водители, включая водителей мотоциклов, работники предприятий пищевых отраслей промышленности, общественного питания и торговли, медицинские работники хирургических

стационаров, родильных домов и детских больниц, работники учебно-воспитательных учреждений, работники детских и подростковых оздоровительных учреждений, в том числе и сезонных; работники санитарно-гигиенического обслуживания населения (парикмахеры, маникюрши, педикюрши, косметички, банщицы, персонал химчисток и прачечных), обслуживающий персонал гостиниц, работники животноводческих ферм и комплексов).

По факту в большинстве населенных пунктов, кроме крупных городов, комиссии для психиатрического освидетельствования не созданы и выполнить требования Трудового кодекса Российской Федерации работодатели попросту не могут. В соответствии с внесенными Федеральным законом от 24 ноября 2013 г. №317-ФЗ в Трудовой кодекс Российской Федерации изменениями психиатрическое освидетельствование осуществляется за счет средств работодателя [3].

Цена за психиатрическое освидетельствование составляет в среднем от 1500 до 5000 рублей за одного работника, а в некоторых городах и до 15 000 рублей, является обременительной для работодателей, даже при затратах один раз в пять лет. Таким образом, конструкция из нормативных актов, принятых задолго (четверть века) до принятия изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации привела к масштабной проблеме, в том числе массово в малом и среднем предпринимательстве.

В случае несогласия граждан с действиями медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения, врачебных комиссий, ущемляющих их права и законные интересы при оказании им психиатрической помощи, в том числе при проведении психиатрического освидетельствования, могут обжаловать непосредственно в суд либо в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору. Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами субъектов Российской Федерации и подчиненными им прокурорами [2].

Таким образом, вплоть до настоящего времени порядок не разработан порядок проведения обязательного психиатрического освидетельствования.

Исходя из системного толкования вышеуказанных норм, с учетом разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации, врачебные комиссии для психиатрического освидетельствования работников должны создаваться органом управления здравоохранением исключительно на базе государственных медицинских

организаций, в состав комиссии должны включаться только врачи из организации, на базе которой создана комиссия.

Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности с работами (услугами) по психиатрическому освидетельствованию и наличие врачебной комиссии в медицинской организации частной формы собственности не являются достаточными основаниями для проведения психиатрического освидетельствования работников.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.
2. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС Российской Федерации, 20.08.1992, №33, ст. 1913.
3. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации, 07.01.2002, №1 (ч. 1), ст. 3.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 №377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации, 03.05.1993, №18, ст. 1602.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.09.2002 №695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности» // Собрание законодательства Российской Федерации, 30.09.2002, №39, ст. 3796.
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» // Российская газета, №141, 22.06.2012.

Об авторе:

Колоколов Антон Викторович – советник, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, кандидат медицинских наук, Москва, a-kolokolov@mail.ru

Anton Victorovich Kolokolov – adviser, Federal Service for Health Supervision, candidate of Medical Sciences, Moscow

© Колоколов А.В., 2020

Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНАЦИЯ OFF-LABEL

Статья посвящена анализу нормативно-правовой базы применения иммунобиологических препаратов за пределами инструкции по применению. Изучены такие противоречивые документы с малой юридической силой, как инструкция по применению препарата, письмо роспотребнадзора и научно-исследовательского института, национальный календарь прививок. На конкретных примерах показаны расхождения в документах, влекущие штрафы к медицинским организациям и обвинения в ненадлежащих действиях. Предложены меры по уменьшению имеющихся правовых коллизий.

Ключевые слова: вакцинация, вакцина, инструкция по применению

Olga Kaminskaya, Tatyana Gracheva

VACCINATION IS OFF-LABEL. LEGAL ASPECT

The article is devoted to the analysis of the regulatory framework for the use of immunobiological drugs outside the instructions for use. Contradictory documents with low legal force were studied, such as instructions for the use of the drug, a letter from the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, a national vaccination calendar. Specific examples show discrepancies in documents involving fines for medical organizations and allegations of misconduct. Measures are proposed to reduce existing legal conflicts.

Keywords: vaccination, vaccine, instructions for use

Необходимость вакцинопрофилактики в настоящее время не оспаривается. Проведение вакцинопрофилактики встречается с противоречиями в ее регламентации, поэтому следует изучить имеющиеся разногласия в нормативно-правовых актах, иерархию их законной силы и разработать рекомендации по их применению.

В 1997 г. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) в США дало следующее определение off-label-use – «это применение по показанию, в лекарственной форме, режиме дозирования, для популяции или по иным параметрам применения, не упомянутым в утвержденной инструкции» [1, 2].

Off-label-use для лекарственных препаратов (ЛП) включает:

1. применение ЛП, не зарегистрированных на территории страны – не имеющих регистрационного удостоверения (unlicensed);

2. применение ЛП, зарегистрированных (разрешенных к применению), по не содержащимся в инструкции:

- показаниям;
- режимам дозирования;
- лекарственным формам и путям введения;
- для иных популяций, возрастных групп и др.;
- любым не внесенным в инструкцию параметрам применения.

GOLUP Declaration (Голуппская декларация, подписанная в 2016 году экспертами Европейского медицинского агентства) утвердила, что применение медицинских препаратов, не предусмотренное инструкцией, может иметь место только в случае соблюдения следующих критериев:

1. наличие тяжелого заболевания, ставящего под угрозу жизненно важные функции или опасного для жизни;
2. отсутствие разрешенного к применению ЛС или повторяющийся неблаго-

приятный исход применения имеющихся препаратов;

3. отсутствие альтернативных способов лечения, предписанных для конкретного состояния;
4. не предусмотренное инструкцией применение поддерживается серьезным доказательством в научной литературе;
5. пациент осведомлен о рисках и дал свое добровольное информированное согласие;
6. наличие установленных способов отчетности о неблагоприятных явлениях и реакциях, связанных с не предусмотренным инструкцией применением.

В настоящее время Федеральный закон №61-ФЗ «О лекарственных средствах» и Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах здравоохранения в РФ» запрещают применение лекарственных препаратов вне инструкции к применению. При применении препаратов вне инструкции в клинической практике речь идет не о нарушении правил обращения лекарственного препарата или его ненадлежащем качестве, а о нарушении врачом своих должностных обязанностей и правил оказания медицинской помощи или ненадлежащих действиях [5, 6].

В правоприменительной практике имеются юридические лакуны, то есть вакцинопрофилактика в настоящее время по некоторым позициям проходит в режиме off-label (таблица 1). Информация, размещенная в инструкции по применению и на сайте государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС), содержит значительные расхождения.

Многие инструкции содержат только ссылки на Национальный календарь прививок, а не необходимую информацию по применению ИЛП. Для правильного применения препарата обязательно должны быть указаны: возраст, с которого возможно начало вакцинации, возраст, после которого применение препарата не разрешено, интервалы между введениями и дозы применения [1, 3, 4].

Использование рекомендательных писем РПН и НИИ

Контрольно-надзорный орган, отвечающий за государственный контроль вакцино-

профилактики, – Роспотребнадзор – рекомендует использовать в качестве источника достоверной и юридически значимой информации такой документ, как письма. Хотя они имеют в иерархии документов низкую значимость, при проверках РПН им придается большое значение. Можно иллюстрировать противоречия в рекомендательных письмах. Так, письмо РПН (письмо Роспотребнадзора РФ от 10.05.2006 №0100\5207-06-32 и от 10.01.2008 №01\21-8-32) рекомендовало следующие схемы применения препаратов для вакцинации против гепатита В:

1. 0-3-6 месяцев, как наиболее приближенной к общепринятой (0-1-6) схеме;
2. удлинение интервалов между первой и второй прививками не должно превышать 6 месяцев (0-5-6 и 0-6-7), в противном случае следует проводить вакцинацию по полной схеме 0-1-6 месяцев;
3. лица, у которых после двукратной иммунизации прошло более 2-х лет, подлежат двукратной иммунизации по схеме 0-2 месяца.

Данные схемы используют в медицинских организациях. Но эти рекомендации привели к тому, что сейчас встречаются дети, которые имеют от 5 до 7 прививок от гепатита В.

В функции РПН в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. №322 (в редакции Постановления Правительства Российской Федерации от 21.05.2013 №428) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» не входит установление режима применения лекарственных препаратов [1, 2].

Данные полномочия относятся к компетенции Министерства здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 №608 (ред. от 05.06.2019) «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» в полномочия МЗ РФ относится:

1. утверждение порядка осуществления научного консультирования по вопросам, связанным с проведением доклинических исследований, клинических

Таблица 1.

Информация о вакцинации по инструкциям к применению лекарственных препаратов

Наименование вакцины	БЦЖ (вакцина против туберкулеза)	Регевак (вакцина гепатита В)	АКДС-гепатит В-гемофильная инфекция (вакцина против дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции, гепатита В)	Витагерпавак (вакцина против герпетической инфекции)
Источник информации	Инструкция	Инструкция	ГРЛС	ГРЛС / инструкция
Возраст начала вакцинации	3-7 день жизни 7 и 14 лет	Новорожденные в первые 24 часа 0-1-2-12 (группы риска) и 0-1-6 мес. Дети и взрослые 0-1-6 мес.	В 6 месяцев (данная вакцина по составу может применяться и в другие возрасты)	Не указано
Возраст окончания вакцинации	Не указан	В рамках национального календаря прививок до 55 лет (не решен вопрос применения у лиц старше 55 лет)	Не указано	Не указано
Доза	0,05 мг в 0,1 мл растворителя	10 мкг дети 20 мкг взрослые	0,5 мл	0,2
min и max интервалы между введениями	Нет	Не утверждены (на практике применяется, Письмо РПН «Об удлинении интервалов»)		10 раз с интервалом 7 дней, 2-ой курс через 10 дней / 5 раз с интервалом 7 дней, 2-ой курс через 6 месяцев
Кратность введения	Однократно	Трехкратно	Однократно	10 / 5 раз

- исследований лекарственных препаратов, экспертизы качества лекарственных средств, эффективности и безопасности, с осуществлением государственной регистрации лекарственных препаратов (пп. 5.2.141 (1) введен Постановлением Правительства РФ от 03.06.2015 №536);
2. разработка правил надлежащей лабораторной практики лекарственных препаратов для медицинского применения;
 3. утверждение требований к инструкции по медицинскому применению лекарственных препаратов (пп. 5.2.148 (6) введен Постановлением Правительства РФ от 03.06.2015 №536).

Вопрос о ревакцинации против гепатита В с юридической точки зрения также относится к категории off-label.

Национальный календарь прививок не имеет таких рекомендаций, как ревакцинация против гепатита В.

Инструкции по применению препаратов (Регевак В, вакцина гепатита В рекомбинантная дрожжевая («Комбиотех»)) также не содержат такого требования.

Вместе с тем, в СанПин СП 2630-10 в п.1.9 указано, что при поступлении на ра-

боту в стационары (отделения) хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей, в том числе исследование крови на гепатит В непривитых (в дальнейшем – один раз в год); привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации.

Данное требование является требованием off-label, так как содержит не указанное в инструкции по применению препарата требование. Но при проверках медицинских организаций на основании отсутствия ревакцинации против гепатита В, налагаются штрафы. Так же, нужно учитывать, что РПН не является органом, в компетенции которого входит установка рекомендаций по применению лекарственного препарата.

Из-за отсутствия в инструкциях возрастных ограничений по применению вакцин в работе используются письма научно-исследовательских институтов (далее НИИ) и ведущих внештатных специалистов. Данные письма, с юридической точки зрения, не дают права применения их в практической деятельности (таблица 2).

Таблица 2.

Сроки применения некоторых вакцин

Наименование ИЛП	Сроки вакцинации (инструкция)	Письма НИИ, главных внештатных специалистов Минздрава
Пентаксим	Не указано / До какого возраста?	До 6 лет
Инфанрикс	Не указано / До какого возраста?	До 6 лет
Инфанрикс-Гекса	Не указано / До какого возраста?	До 36 месяцев
Адасель	С 4 до 64 лет для ревакцинации	нет данных

В клинической практике встречаются рекомендации Федеральных научно-исследовательских институтов после трансплантации костного мозга по вакцинации данных пациентов вне инструкций по применению ИЛП. Например, пациентке в возрасте 21 год рекомендована вакцинация против гемофильной инфекции, тогда как применение данной вакцины ограничено инструкцией до возраста 5 лет.

Еще один вопрос связан напрямую с назначением препарата off-label: внесение изменений в инструкции по применению препарата.

В соответствии с действующей редакцией федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» допускается обращение лекарственных препаратов для медицинского применения до истечения срока годности, произведен-

ных в течение ста восьмидесяти дней после даты принятия уполномоченным федеральным органом исполнительной власти решения о внесении изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье, в соответствии с информацией, содержащейся в документах регистрационного досье на лекарственный препарат до даты принятия такого решения (ст. 30, часть 9 в ред. Федерального закона от 22.12.2014 № 429-ФЗ). Таким образом, вакцина, находящаяся в прививочном кабинете, может содержать инструкцию с недействующей редакцией. Каким образом организовывать и проводить вакцинацию? Где сотрудники медицинских организаций могут узнать о внесенных изменениях?

В России отсутствует сервис с актуальными инструкциями лекарственных препаратов вообще, и вакцин и иммунопрепаратов, в частности. Государственный реестр лекарственных препаратов содержит неактуальные данные. Справочника по инструкциям к иммунобиологическим лекарственным препаратам (далее ИЛП) нет.

Все изменения, утвержденные Минздравом, должны быть отражены в инструкции по применению ИЛП.

Таким образом, некоторые вопросы применения вакцин остаются в категории вне инструкции или off-label по следующим причинам:

1. отсутствие или неполные (неактуальные) данные в инструкции;
2. в работе применяются письма РПН, НИИ, которые не являются органами, принимающими решение об изменении применения лекарственных препаратов;
3. разрешено обращение лекарственных препаратов, как со старой, так и измененной инструкцией;
4. отсутствие электронного сервиса с актуальными инструкциями по применению ИЛП.

Для улучшения качества оказываемой медицинской помощи необходимо устранение имеющихся юридически значимых противоречий и лакун в регламентации вакцинопрофилактики. Наибольший эффект может принести публикация актуального реестра инструкций по применению лекарственных препаратов и правовая «гильотина» в отношении писем Роспотребнадзора и научно-исследовательских институтов.

Список литературы:

1. Ильина С.В., Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Вакцинация для всех: простые ответы на непростые вопросы: рук. для врачей // Союз педиатров России. М.: ПедиатрЪ, 2016. 204 с.
2. Татотченко В.К., Озерецковский Н.А. Иммунопрофилактика-2018: справочник, 13-е издание, расширенное // М.: Боргес, 2018. 272 с.
3. Сомова М.Н., Батищева Г.А. Правовые аспекты назначения лекарственных препаратов off-label // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19. № 3. С. 139-143.
4. Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А. Роль «off-label» назначений как фактора возникновения нежелательных побочных реакций на лекарственные средства в педиатрической практике // Вопросы практической педиатрии. 2018. Т. 13. № 4. С. 18-24.
5. Переверзев А.П., Лепяхин В.К. Современный взгляд на проблему применения ЛС с нарушением предписаний инструкции // Медицинский совет. 2013. № 4-1. С. 110-119.
6. Деревянская Т.П. Назначение лекарственных средств не в соответствии с официальной инструкцией по применению лекарственного препарата: уголовно-правовой аспект // Медицинское право. 2019. № 1. С. 42-45.

Об авторах:

Каминская Ольга Николаевна – главный врач ООО «ПремьерМед», кандидат медицинских наук, Кемерово, medpravoz@bk.ru

Грачева Татьяна Юрьевна – заведующая кафедрой судебной медицины и медицинского права Кемеровского государственного медицинского университета Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент, Кемерово

Olga Nikolaevna Kaminskaya – chief doctor of LLC «PremierMed», candidate of medical Sciences, Kemerovo

Tatyana Yurievna Gracheva – head of the department of forensic medicine and medical law, Kemerovo state medical university of the ministry of health of Russia, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Kemerovo

© Каминская О.Н., Грачева Т.Ю., 2020

Никитин М.В., Мелехин О.Ю., Чукина И.М.

ВОПРОСЫ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА

Статья посвящена вопросам реализации основных стратегических направлений развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации, при практической реализации которых раскрываются пути повышения доступности для людей санаторно-курортного лечения, за счет создания в России современного санаторно-курортного комплекса, который может обеспечить развитие лечебно-оздоровительных местностей и курортов, эффективное использование природных лечебных ресурсов, развитие материально-технической базы санаторно-курортных организаций, эффективное использование потенциала Российской Федерации для оздоровительного туризма. Организация деятельности органов государственной власти России, органов государственной власти субъектов Федерации, органов местного самоуправления, государственных и частных организаций в сфере курортного дела должна быть основана на утвержденной правительством Российской Федерации стратегии развития санаторно-курортного комплекса страны, в которой определены направления этого развития.

Ключевые слова: санаторно-курортный комплекс, направления развития, стратегия

Mikhail Nikitin, Oleg Melekhin, Irina Chukina

ISSUES OF IMPLEMENTATION OF STRATEGIC DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF THE SANATORIUM AND RESORT COMPLEX

The article is devoted to the implementation of the main strategic directions of development of the sanatorium-resort complex of the Russian Federation, the practical implementation of which reveals ways to increase the availability of sanatorium-resort treatment for people through the creation in Russia of a modern sanatorium-resort complex that can ensure the development of therapeutic and recreational areas and resorts, effective use of natural medicinal resources, development of the material and technical base of sanatorium-resort organizations, effective use of the potential of the Russian Federation for health tourism. The organization of the activities of state authorities of Russia, state authorities of the subjects of the Federation, local governments, public and private organizations in the field of resort business should be based on the development strategy of the country's sanatorium complex approved by the government of the Russian Federation, which defines the directions of this development.

Keywords: sanatorium complex, development directions, strategy

Принятая и утвержденная Правительством Российской Федерации Стратегия развития санаторно-курортного комплекса страны включает в себя направления по разработке и созданию мер совершенствования государственного управления и долгосрочного планирования, создание инструментов социально-экономического развития курортов, направления, позволяющие значительно улучшить существующее положение

дел в курортной отрасли, открыть новые перспективы и возможности развития санаторно-курортного комплекса. Принятие данного межведомственного документа позволит решить важную задачу, выдвинутую Президентом РФ В.В. Путиным – всемерное укрепление здоровья нации.

Рациональное использование и сохранение природных лечебно-оздоровительных ресурсов делает возможным развитие

эффективной социально-ориентированной санаторно-курортной помощи населению в условиях санаторно-курортных организаций Российской Федерации.

Стратегические направления развития санаторно-курортного комплекса, о которых мы будем говорить в статье, представляют собой пути достижения намеченной Правительством Российской Федерации цели – повышение доступности санаторно-курортного лечения путем дальнейшего развития санаторно-курортного комплекса страны, реализации государственной политики в сфере использования, развития и охраны природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей и курортов с расположенными на них объектами и сооружениями, включая объекты инфраструктуры, предназначенные для лечения и оздоровления населения. Обеспечение реализации этих направлений в непростых экономических условиях сложная задача, эффективному решению которой способствуют ответы на вопросы, обозначенные в этой статье.

26 ноября 2018 года в Москве на заседании Правительства Российской Федерации было принято Распоряжение «Об утверждении Стратегии развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации» №2581-р. Она представляет собой документ, определяющий цель, задачи и направления государственной политики Российской Федерации по сохранению и укреплению здоровья населения Российской Федерации в сфере курортного дела. Утвержденная Правительством страны стратегия является основой для организации деятельности органов государственной власти России [4], органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, государственных и частных организаций в сфере курортного дела.

Наряду с целью и задачами данной Стратегии развития санаторно-курортного комплекса большое значение имеют ее основные направления, в соответствии с которыми должна реализовываться государственная политика развития санаторно-курортной отрасли, разрабатываться

программы и планы развития и совершенствования санаторно-курортного комплекса страны.

Стратегические направления развития санаторно-курортного комплекса раскрывают пути повышения доступности санаторно-курортного лечения за счет создания в Российской Федерации современного санаторно-курортного комплекса, который мог бы обеспечить развитие лечебно-оздоровительных местностей и курортов, эффективное использование природных лечебных ресурсов, развитие материально-технической базы санаторно-курортных организаций, реализацию потенциала Российской Федерации для оздоровительного туризма [9], что является целью стратегии развития санаторно-курортного комплекса страны.

Таковыми направлениями являются: постоянное повышение уровня знаний медицинских работников о возможностях санаторно-курортного лечения, информированности населения о возможностях санаторно-курортных организаций, использующих природные лечебные ресурсы.

Для реализации данного стратегического направления необходимо формирование и развитие системы информирования как медицинских работников медицинских организаций, так и населения, о возможностях санаторно-курортного комплекса Российской Федерации. Этому способствует комплекс мер, включающий в себя, наряду с информированием, проведение социологических опросов целевой аудитории в целях определения уровня информированности об услугах санаторно-курортного комплекса и их оценки. Дальнейшее развитие санаторно-курортного портала в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Реализация рекламной информационно-компаний по продвижению услуг санаторно-курортного комплекса России. Дальнейшее активное участие Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральных органов исполнительной власти, образовательных, научных и иных организаций в специализированных форумах, выставках, конференциях и конгрессах [10]. Дальней-

шее развитие системы научного обеспечения санаторно-курортного комплекса путем внедрения новейших научных технологий санаторно-курортного лечения и менеджмента и соответствующей подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров.

Следующим стратегическим направлением является: повышение инвестиционной привлекательности санаторно-курортного комплекса и дальнейшее развитие его инфраструктуры.

Привлечение отечественных и зарубежных инвестиций с целью развития инфраструктуры курортов может эффективно осуществляться в случаях выгодного вкладывания российскими и зарубежными инвесторами средств в курортный бизнес [3]. С этой целью необходимо формирование и развитие благоприятного инвестиционного климата, представляющего собой комплекс правовых и экономических условий по подготовке законодательных и иных нормативных правовых актов в области инвестиционной деятельности в рекреационных регионах, которые обеспечивали бы как российским, так и иностранным инвесторам уверенность в защите их интересов, а также страхование инвестиционных рисков.

Одним из стратегических направлений развития санаторно-курортного комплекса является: эффективный государственный контроль в области обеспечения санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

Санитарная охрана (горно-санитарная) указанных объектов имеет целью сохранение природных физических и химических свойств лечебных средств курортов и оздоровительных свойств лечебно-оздоровительных местностей, предохранение их от порчи, загрязнения и преждевременного истощения.

Совершенствование нормативно-правового регулирования по установлению границ и режима округов санитарной (горно-санитарной) охраны. Обеспечение соблюдения режима земель и их отдельных видов, определение пространственных ха-

рактеристик охранных зон, их размеров, имеет особое значение для санитарно-защитных зон, возможности обеспечения охраны окружающей среды, здоровья населения. Совершенствование нормативно-правового регулирования позволит разработать общий законодательный подход к установлению границ и режима округов санитарной охраны, установление перечня ограничений в осуществлении хозяйственной деятельности в границах охранных зон, либо режима хозяйственной деятельности, запрещающего всякие работы, загрязняющие почву, воду и воздух, наносящие ущерб лесам, зеленым насаждениям, ведущие к развитию эрозийных процессов и отрицательно влияющие на природные лечебные ресурсы и санитарно-экономическое состояние территорий [8]. Позволит эффективно вести государственный учет курортного фонда Российской Федерации и государственный реестр лечебно-оздоровительных местностей и курортов, санаторно-курортных организаций. Совокупность всех выявленных и учтенных природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей, курортов и курортных регионов составляет курортный фонд страны, учет которого ведется с помощью указанного государственного реестра [3].

В целях создания устойчивой конкурентоспособности санаторно-курортных организаций Российской Федерации с аналогичными иностранными организациями в условиях экономической нестабильности в стране, необходимо обновление материально-технической базы санаторно-курортных организаций и инфраструктуры курортов. Особенно актуальным и необходимым является развитие региональной санаторно-курортной сети, деятельность которой направлена на профилактику и лечение многих заболеваний, так как в отдельных регионах страны еще фиксируется угрожающий уровень общей заболеваемости. На региональном уровне возможным способом отремонтировать и восстановить санатории и курорты без повышения стоимости путевок является привлечение частного бизнеса за счет различных преференций: это возможное снижение налоговой

ставки, компенсация затрат на инфраструктуру, создание программ льготной аренды. Наряду с авторами статьи такого же мнения придерживаются предприниматели и представители региональных властей.

Учитывая все большую антропогенную нагрузку на природные лечебные ресурсы страны, курортная инфраструктура требует модернизации, а территории курортов комплексного подхода к территориальному развитию. Снижение высоких потребностей в капитальных затратах и повышение инвестиционной привлекательности курортов важная задача, решение которой позволит санаторно-курортным организациям России быть конкурентоспособными в лечебно-оздоровительной деятельности [2].

Совершенствование подготовки специалистов для медицинских организаций, участвующих в организации санаторно-курортного лечения, способствует формированию конкурентоспособного рынка санаторно-оздоровительных услуг, успешному их продвижению, использованию современных технологий и эффективных мотивационных механизмов, позволяющих решать задачи повышения качества оказываемых услуг. Это одно из стратегических направлений развития санаторно-курортного комплекса. Его развитие требует различного по своей специфике совершенствования подготовки специалистов в зависимости от их деятельности.

Так для изучения и разработки природных ресурсов на научной основе, определения места расположения создаваемых здравниц, грамотного ими руководства, организации мониторинга используемых ресурсов, умелой утилизации отходов с минимальным ущербом, наносимым природе, необходима усовершенствованная подготовка специалистов, умеющих решать эти вопросы. Помимо этого, для осуществления деятельности по подготовке и проведению лечебно-оздоровительных мероприятий на курортах, необходимо совершенствовать подготовку медицинского персонала и менеджеров курортного дела. Одним из элементов системы подготовки кадров в сфере курортного дела является

появление высших учебных заведений, готовящих специалистов по курортному делу и туризму. В учебно-методических центрах необходимо проводить качественную переподготовку врачей для работы в сфере курортологии, используя при этом новые разработанные программы и методические пособия [5]. В целях эффективности такой подготовки при ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России создана кафедра организации санаторно-курортного дела с выездными циклами обучения.

Стратегическим направлением развития санаторно-курортного комплекса страны является: разработка клинических рекомендаций по вопросам профилактики и лечения различных заболеваний с использованием природных лечебных ресурсов. Для реализации данного направления необходим новый подход к разработке и применению клинических рекомендаций по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению. С этой целью в Министерстве здравоохранения Российской Федерации совместно со специалистами ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России будет создан научно-практический совет по разработке и рассмотрению данных клинических рекомендаций. Также будут созданы совместные рабочие группы профильных национальных медицинских центров Минздрава России, участвующие в разработке и дополнении существующих клинических рекомендаций, что несомненно будет эффективно содействовать практической реализации указанного стратегического направления, решению поставленных задач и достижению цели, обозначенной в стратегии развития санаторно-курортного комплекса России.

Задачей данной статьи являлось конкретное обозначение стратегических направлений развития санаторно-курортного комплекса страны, разработанных в утвержденной Правительством Российской Федерации стратегии, которые практически определяют государственную политику России по сохранению и укреплению здоровья населения страны в сфере курортного дела. Рассмотрение некоторых на наш взгляд важных вопросов, которые являются

основными в числе других в процессе осуществления практической реализации указанных нами стратегических направлений и самой стратегии развития санаторно-курортного комплекса.

Одним из таких вопросов является создание системы информирования медицинских работников и населения о возможностях санаторно-курортного комплекса России. Дальнейшее развитие его инфраструктуры с использованием отечественных и зарубежных инвестиций, также является важным вопросом развития курортов в стране. Сохранение природных физических и химических свойств лечебных средств курортов и оздоровительных свойств лечебно-оздоровительных мест-

ностей [1], предохранение их от порчи, загрязнения и преждевременного истощения. Развитие региональной санаторно-курортной сети, деятельность которой должна быть направлена на профилактику и лечение заболеваний. Подготовка и совершенствование специалистов для медицинских организаций, участвующих в санаторно-курортном лечении. Разработка и применение клинических рекомендаций по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Решение этих вопросов будет, несомненно, способствовать реализации указанных нами стратегических направлений и достижению поставленной в стратегии развития санаторно-курортного комплекса цели.

Список литературы:

1. Бабич М.Е. Стратегическое планирование развития курортов Российской Федерации // Имущественные отношения в Российской Федерации. 2017. №3. С. 103-110.
2. Герасименко М.Ю., Никитин М.В., Мелехин О.Ю. Государственная политика развития курортного дела в России: некоторые вопросы реализации // Курортные ведомости. 2016. №2. С. 4-5.
3. Герасименко М.Ю., Никитин М.В., Мелехин О.Ю. Государственная политика развития курортного дела России: приоритетные направления совершенствования организационного обеспечения ее реализации // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. 2017. №2. С. 60.
4. Жаворонкова Н.Г., Выпханова Г.В. Теоретико-методические проблемы совершенствования государственной политики в области развития курортов и лечебно-оздоровительных местностей // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). 2019. №1. С. 22-36.
5. Корчажкина Н.Б. Совершенствование системы санаторно-курортного лечения в Российской Федерации // Медицина целевые проекты. 2013. №16. С. 17.
6. Лимонов В.И. Проблемы управления курортным фондом на современном этапе // Успехи современного естествознания. 2015. №7. С. 12-16
7. Лимонов В.И. Необходимость и нормативно-правовые механизмы реализации единой стратегии развития санаторно-курортного комплекса РФ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. №9 (3). С. 429-433.
8. Никитин М.В., Мелехин О.Ю. Вопросы организационного обеспечения реализации государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации // Экономика, социология и право. 2018. №4. С. 34-39.
9. Никитин М.В., Мелехин О.Ю. Принципы государственной политики развития курортного дела России (правовые аспекты) // Медицинское право. 2018. №5. С. 50-53.
10. Разумов А.Н. Развитие санаторно-курортного комплекса России – основа сбережения здравоохранения // Кто есть кто в медицине. 2018. №2 (91). С. 36-39.

Об авторах:

Никитин Михаил Владимирович – директор санаторно-курортного комплекса «Вулан» – научно-клинического филиала Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, доктор экономических наук, Геленджик, Архипо-Осиповка, vulan2010@mail.ru

Мелехин Олег Юрьевич – юрисконсульт санаторно-курортного комплекса «Вулан» – научно-клинического филиала Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат юридических наук, Геленджик, Архипо-Осиповка, melekhin-o@mail.ru

Чукина Ирина Михайловна – заместитель директора по научной работе санаторно-курортного комплекса «Вулан» – научно-клинического филиала Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат юридических наук, Геленджик, Архипо-Осиповка, vulan2010@mail.ru

Mikhail Vladimirovich Nikitin – Director, Sanatorium-Resort Complex «Vulan» – Scientific and Clinical Branch of the Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Center for Rehabilitation and Health Resortology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Doctor of Medicine, Doctor of Economics, Gelendzhik

Oleg Yurevich Melekhin – legal adviser, Sanatorium-Resort Complex «Vulan» – Scientific and Clinical Branch of the Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Center for Rehabilitation and Health Resortology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ph.D. (Law), Gelendzhik

Irina Mikhailovna Chukina – Deputy Director for Research, Sanatorium-Resort Complex «Vulan» – Scientific and Clinical Branch of the Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Center for Rehabilitation and Health Resortology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Gelendzhik

© Никитин М.В., Мелехин О.Ю., Чукина И.М., 2020

Павлова Ю.В., Попова А.А., Михина М.Ю.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Увеличение количества бесплодных пар способствует развитию вспомогательных репродуктивных технологий, таких как экстракорпоральное оплодотворение, искусственная инсеминация, донорство спермы, ооцитов и суррогатное материнство. На сегодняшний день суррогатное материнство не закреплено никакими правовыми актами, отсутствует подробное определение обязательств родителей-заказчиков и суррогатной матери. В данной научной работе будут рассмотрены основы правового регулирования суррогатного материнства на современном этапе, права и обязанности соответствующих сторон, природа договора о суррогатном материнстве и иные значимые вопросы.

Существуют четкие критерии, когда лицо может воспользоваться услугами суррогатной матери, включающие в себя как медицинские, так и правовые основания.

Отношение к суррогатному материнству неодинаково в различных странах. В частности, правовое регулирование значительно осложняется тем, что существуют различные подходы к понятию прав эмбриона и к рождению ребенка. Помимо этого, нет ясности в вопросе правовой природы договора о суррогатном материнстве.

Всё это указывает на необходимость проведения значительной работы по регулированию данной репродуктивной технологии с участием юридического и медицинского сообщества.

Ключевые слова: суррогатное материнство, вспомогательные репродуктивные технологии, бесплодие, снижение рождаемости, медицинское право, экстракорпоральное оплодотворение

Julia Pavlova, Antonina Popova, Maria Mikhina

ACTUAL PROBLEMS OF REGULATION OF SURROGACY AT THE PRESENT STAGE

Increasing the number of infertile couples contributes to the development of assisted reproductive technologies such as in vitro fertilization, artificial insemination, sperm donation, oocyte donation, and surrogacy. To date, surrogacy is not fixed by any legal acts, there is no detailed definition of the obligations of the parents-customers and the surrogate mother. This research paper will examine the basics of legal regulation of surrogacy at the present stage, the rights and obligations of the relevant parties, the nature of the contract on surrogacy and other important issues.

There are clear criteria for when a person can use the services of a surrogate mother, including both medical and legal grounds.

The attitude to surrogacy varies in different countries. In particular, legal regulation is significantly complicated by the fact that there are different approaches to the concept of the rights of the embryo and to the birth of a child. In addition, there is no clarity on the legal nature of the surrogacy agreement.

All this points to the need for significant work to regulate this reproductive technology with the participation of the legal and medical community.

Keywords: surrogacy, assisted reproductive technologies, infertility, fertility reduction, medical law, in vitro fertilization

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что согласно статистики в Российской Федерации уровень бесплодных пар, достигших репродуктивного возраста варьируется от 15% до 18% по различным источникам [29]. Кроме того, в 2017 году уровень рождаемости в РФ снизился на 10,7% [27]. В США около 9% мужчин и 11% женщин сталкиваются с проблемой бесплодия [28], в Китае – 15% населения (около 207 миллионов человек) [29]. Количество лиц, которым был поставлен данный диагноз в России ежегодно увеличивается приблизительно на 250 тыс. человек [30]. Таким образом, с развитием биотехнологий бесплодные пары все чаще рассматривают возможность обращения к вспомогательным репродуктивным технологиям (далее – ВРТ), в частности, пользования услугами суррогатных матерей.

Так как данная технология возникла сравнительно недавно (лишь в 2011-2013 гг. в России вступили в силу приказ Министерства здравоохранения [15] и Федеральный Закон [2], регулировавшие вопросы пользования услугами суррогатного материнства), она сопряжена со множеством правовых коллизий и пробелов и еще не обладает развитой правовой базой, а международная практика пока не имеет возможности дать однозначного ответа на все вопросы, касающиеся правового регулирования прав и обязанностей суррогатной матери, биологических родителей и, самое главное, защиты прав ребенка.

В данной научной работе будут рассмотрены основы правового регулирования суррогатного материнства на современном этапе, права и обязанности соответствующих сторон, природа договора о суррогатном материнстве и иные значимые вопросы.

Согласно федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка, в том числе преждевременные роды, по договору, который был заключен между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными

родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям [3].

Существуют четкие критерии, когда лицо может воспользоваться услугами суррогатной матери. Один из них – наличие у биологических матери или отца заболеваний, при которых зачать ребенка самостоятельно они не могут. Суррогатное материнство в российском законодательстве рассматривается только как способ лечения бесплодия [4]. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Обследование женщин проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий). Обследование мужа, мужчины, не состоявшего в браке с женщиной (далее – партнер), давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на применение ВРТ, осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии. Рекомендуемая продолжительность обследования для установления причин бесплодия составляет от 3 до 6 месяцев [2].

Показаниями к применению суррогатного материнства являются: заболевания, включенные в Перечень противопоказаний; отсутствие матки; неудачные попытки ЭКО (3 и более раз); привычное невынашивание беременности и т.д. [16]. Ежегодно в России с помощью суррогатного материнства на свет появляется 400-500 детей [31]. Также существует ряд требований к суррогатной мате-

ри. Например, женщина должна быть в возрасте от 20 до 35 лет, иметь минимум одного собственного ребенка, получить медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, дать письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Если женщина состоит в браке, то требуется и согласие супруга. Донором яйцеклетки суррогатная мать быть не может [5].

Сложность осуществления программы суррогатного материнства имеет помимо правового еще и медицинский аспект, например, в 2017 году Н.В. Иванова обратилась в суд с иском к И.Ю. Зинченко, с которой был заключен договор о вынашивании и рождении ребенка, в связи с тем, что Зинченко И.Ю. не явилась в дату назначенного ЭКО, не имея на это уважительных причин, предусмотренных договором. Однако процедура проведения ЭКО по медицинскому регламенту может быть проведена только в определенный день менструального цикла, но по словам Зинченко И.Ю., в течение трех недель цикл не наступал, что в принципе может свидетельствовать о наступлении собственной беременности у женщины. Такого рода нюансы в проведении и подготовке к самой процедуре имплантации эмбриона в организм женщины должны быть изначально учтены при заключении договора [22].

Отношение к суррогатному материнству неодинаково в различных странах. Например, оно полностью запрещено в Германии, Норвегии, Австрии, Швеции, в некоторых штатах США (Мичиган, Нью-Джерси, Аризона). При этом в случае нарушения закона будет оштрафован врач, допустивший медицинское вмешательство, а также посредники. Так, в Германии предусмотрено лишение свободы на срок до трех лет или денежный штраф для лиц, нарушивших права эмбриона или матери [32]. На тех, кто искал таким образом имущественную выгоду и нарушил закон об усыновлении, налагается наказание в виде двух лет лишения свободы или денежный штраф [33].

Задача правового регулирования значительно осложняется тем, что существует несколько различных подходов к самому понятию прав эмбриона. Дефиниция по-

нятия эмбрион различна в зависимости от юрисдикции, несмотря на решение Всемирной организации здравоохранения 1974 года [23]. Так, например, в Швеции, Дании, Финляндии, Нидерландах и некоторых других странах отсутствует точное правовое определение данного понятия. В России эмбрионом считается организм человека на начальной стадии развития до восьмой недели беременности. С 8 до 22 недели организм приобретает статус плода, после – статус ребенка при условии живорождения и весе не менее 500 граммов [17]. Однако в одних юрисдикциях эмбрион рассматривается как объект права (признается лишь частью материнского организма). Например, согласно Конституции РФ, человеческий эмбрион не имеет права на жизнь, так как «основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения» [1]. То есть, согласно российской юридической мысли эмбрион наделяется правосубъектностью исключительно в случае живорождения [20]. В других юрисдикциях эмбрион приравнивается к человеку как к самостоятельному субъекту права.

Следующий ключевой момент – момент рождения ребенка. В российском праве рождение – момент отделения плода от организма матери посредством родов [6]. Тем не менее, различные отрасли российского права определяют момент рождения по-разному. Уголовное право России связывает момент рождения с физиологическими (самопроизвольными) родами, что следует из статьи 106 УК РФ [8]. Оперативные роды (с применением кесарева сечения или с использованием других родоразрешающих операций) уголовным кодексом не рассматриваются. Гражданское право предусматривает случаи, когда еще не рожденный, но уже зачатый ребенок обладает некоторым набором прав (например, наследственных) [9].

Очевидно, что данная тема не имеет четкой правовой регламентации, поэтому наиболее актуальными вопросами являются следующие. Кто по умолчанию является родителями ребенка, рожденного суррогатной матерью, непосредственно с момента рождения? Какие правовые последствия

наступают в результате одностороннего отказа от исполнения обязательств по договору о суррогатном материнстве [10]?

Согласно российскому законодательству при регистрации ребенка в органах ЗАГС биологические родители предоставляют свидетельство о рождении, а также согласие суррогатной матери на запись указанных лиц родителями ребенка. Согласие выдается медицинской организацией [7].

Судебная практика показывает, что в случае отказа суррогатной матери отдавать ребенка, ей отдается предпочтение, так как по умолчанию именно она является матерью. Так, определением Конституционного Суда РФ от 15 мая 2012 года семейной паре было отказано в передаче прав на ребенка, родившегося с помощью применения технологий ВРТ, так как суррогатная мать зарегистрировала его в органах ЗАГС как собственного [18]. Постановление пленума Верховного Суда РФ от 16 мая 2017 года говорит о том, что факт отказа суррогатной матери записать потенциальных родителей в качестве законных родителей ребенка, родившегося по технологии ВРТ, не может быть безусловным основанием для отказа в удовлетворении иска данных лиц о признании их законными родителями ребенка. В данном случае необходимо выяснить, был ли заключен договор о суррогатном материнстве, что предусматривают условия договора в сложившейся ситуации, являются ли потенциальные родители биологическими, и каковы были причины отказа в согласии на запись истцов в качестве законных родителей [19]. В качестве примера можно рассмотреть дело семьи Фроловых против Татьяны Суздальной, которая являясь суррогатной матерью отказалась передавать детей потенциальным родителям. Петербургский суд, тем не менее, удовлетворил иск потенциальных родителей, основываясь на положениях договора о суррогатном материнстве, заключенного сторонами [25]. Интересен случай отказа заявителем в государственной регистрации рождения двоих детей с использованием услуг суррогатной матери в соответствии с п. 4 ст. 51 Семейного кодекса РФ и п. 5 ст. 16 ФЗ «Об актах гражданского состояния», в связи с тем, что произвести госу-

дарственную регистрацию рождения детей, родившихся у них, возможным не представляется, поскольку на момент подачи заявления в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения и на имплантацию эмбрионов, они не состояли в зарегистрированном браке [21].

Если генетические родители отказываются принимать ребенка, он вынужден остаться с суррогатной матерью – потенциальные родители могут не воспользоваться правом зарегистрировать ребенка на себя, если обратное не было закреплено в договоре о суррогатном материнстве.

Не менее интересный вопрос – что будет с ребенком с особенностями развития, если и суррогатная мать, и потенциальные родители откажутся от него? На данный момент российская судебная практика знает только один такой случай. В 2004 г. Суррогатная мать Анна Дунаева родила ребенка с пороком сердца. В получении денежных средств ей было отказано. Ни потенциальные родители, ни суррогатная мать не захотели принимать ребенка с особенностями развития, поэтому Дунаева обратилась в суд с иском о выплате полной компенсации. Суд отказал в требовании, дальнейшая судьба ребенка неизвестна [24]. Стоит отметить, что добровольного отказа от родительских прав законодательством России не предусмотрено. Так как по умолчанию суррогатная мать является родителем ребенка, обязанности по его содержанию будет исполнять она же.

В Республике Беларусь матерью ребенка считается женщина, заключившая договор с суррогатной матерью. Доноры биологического материала не в праве оспаривать отцовство или материнство ребенка за исключением случаев, когда есть подозрение, что суррогатная мать забеременела не в результате ВРТ [11].

При заключении договора определяются его существенные условия, к которым относятся следующие: количество эмбрионов, которые будут перенесены в матку суррогатной матери; обязанность суррогатной матери выполнять предписания лечащего врача и обязанность предоставлять генетической матери информацию о состоянии своего здоровья и здоровья ребенка;

обязанность суррогатной матери передать ребенка в установленные сроки и обязанность генетической матери принять его, обязанность суррогатной матери не разглашать факт заключения договора суррогатного материнства и информацию о лицах, которые его заключили. Также определяется стоимость услуги, которая, также может быть оказана на безвозмездной основе в случае, если суррогатная мать является родственницей биологической матери или отца [14]. В законодательстве Республики Беларусь не дается явной ссылки на применение какого-либо определенного вида ответственности за нарушение прав в области суррогатного материнства. На основании того, что предусматривается заключение договора о суррогатном материнстве, можно предположить, что для данного случая будет характерна договорная ответственность в форме возмещения убытков пострадавшей стороне.

Интересна правовая природа договора о суррогатном материнстве. Относится ли он к гражданско-правовым или к семейно-правовым отношениям? Можно ли его отнести к самостоятельной категории гражданско-правовых договоров или же он является лишь разновидностью договоров возмездного оказания услуг [12]? Что определяется в качестве предмета и объекта договора?

На основании того, что правоотношения возникают не только между членами семьи, но и между третьими лицами, можно сделать вывод, что договор о суррогатном материнстве не относится к семейным правоотношениям, хотя и тесно с ними связан [34]. Если наделить данный договор гражданско-правовой природой, то за нарушение условий должна предусматриваться гражданско-правовая ответственность, которая не может быть применена в полной мере в силу специфики данного вида услуг [35]. В таком случае договор о суррогатном материнстве можно классифицировать как договор найма услуг и охарактеризовать следующим образом: договор консенсуальный, возмездный, предметом договора является услуга по вынашиванию ребенка и родоразре-

шению. Сам ребенок предметом договора быть не может, так как это противоречило бы ст. 169 Гражданского кодекса Российской Федерации [13]. Несмотря на то, что договор о суррогатном материнстве в некоторых случаях может оказываться на безвозмездной основе, родители-заказчики должны возместить суррогатной матери расходы на оказание медицинских услуг, покупку необходимых лекарственных средств, специальную одежду, а также на упущенную выгоду, связанную с временным отсутствием суррогатной матери на работе в виде компенсационных выплат.

До сих пор идут споры о том, в какой форме должно заключаться соглашение на оказание услуг суррогатной матери. Одни говорят о трехстороннем договоре – между потенциальными родителями, суррогатной матерью и медицинским учреждением. Другие – о договоре между потенциальными родителями и медицинским учреждением и отдельно между суррогатной матерью и медицинским учреждением, так как личности суррогатной матери и потенциальных родителей могут не разглашаться. В договоре следует подробно оговорить права и обязанности сторон, а также непредвиденные ситуации (угроза здоровью суррогатной матери, преждевременные роды, непроизвольный аборт, рождение двойни и т.д.). Характер санкций, наступающих в результате неисполнения условий договора, не определен. Скорее всего, это будут денежные выплаты.

Правовая сторона вопроса об использовании ВРТ, а именно суррогатного материнства как способа лечения бесплодия, не имеет четкой правовой регламентации. Устранение пробела в российском законодательстве возможно при создании нормативно-правового акта, подробно закрепляющего порядок и временные рамки оказания услуг суррогатной матери, существенные условия договора о суррогатном материнстве и последствия несоблюдения этих условий, материальную сторону вопроса. Решение вопроса на международном уровне в связи с неурегулированностью на национальном в ближайшее время представляется маловероятным.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации 12.12.1993. Ст. 17 п. 2. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/d94e831070fib26a082b3517d51e9e4c348fc419/ (дата обращения: 14.09.2018)
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. Ст. 55, II. Этапы оказания медицинской помощи [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 14.08.2018)
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. Ст. 55, п. 9. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/3boeocbbd6fib1a07cobob3d4df406a2ecf108a1/ (дата обращения: 15.08.2018)
4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. Ст. 55, п. 1. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/3boeocbbd6fib1a07cobob3d4df406a2ecf108a1/ (дата обращения: 15.08.2018)
5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. Ст. 55, п. 10. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/3boeocbbd6fib1a07cobob3d4df406a2ecf108a1/ (дата обращения: 15.08.2018)
6. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. Ст. 49, п. 1. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/3boeocbbd6fib1a07cobob3d4df406a2ecf108a1/ (дата обращения: 15.08.2018)
7. Федеральный закон «Об актах гражданского состояния» от 15.11.1997 №143-ФЗ. Ст. 16. П. 5. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_16758/335a5c2973bfa4e51db27892391be3a08154d4dc/ (дата обращения: 15.08.2018)
8. Уголовный Кодекс Российской Федерации 13.06.1996 №63-ФЗ Ст. 106. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/1f92ae980aa613d6057742c08be8f440b09c52a/ (дата обращения: 14.09.2018)
9. Гражданский Кодекс Российской Федерации часть 3 от 26.11.2001 Ст. 166. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34154/b44b0c41b3b3c932b188c3e143ad43259075f597/ (дата обращения: 14.09.2018)
10. Гражданский кодекс Российской Федерации 30.11.1994 №51-ФЗ. Ст. 450. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/5a4f710216fdced777b2d5a1335560ccdefe66fd/ (дата обращения: 16.08.2018)
11. Кодекс Республики Беларусь о Браке и Семье. Ст. 52. [Электронный ресурс]. URL: http://kodeksy-by.com/kodeks_rb_o_brake_i_semje/52.htm (дата обращения: 15.08.2018)
12. Гражданский кодекс Российской Федерации 30.11.1994 №51-ФЗ. Ст. 779. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9027/a397ec4ca2dd0c9b6c21ee4e4436b28f0cf581a3/ (дата обращения: 16.08.2018)
13. Гражданский кодекс Российской Федерации 30.11.1994 №51-ФЗ. Ст. 169. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/e07cabef7b62d9ea380b89916ebf95aefdc5a57/ (дата обращения: 16.08.2018)
14. Закон Республики Беларусь о вспомогательных репродуктивных технологиях. Ст. 21. [Электронный ресурс]. URL: http://kodeksy-by.com/zakon_rb_o_vspomogatel_nyh_reproduktivnyh_tehnologiyah/21.htm (дата обращения: 15.08.2018)
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/70318364/> (дата обращения: 14.08.2018)
16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Приложение №1. Ст.79. [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/70318364/53f89421bbdaf74ieb2diecc4ddb4c33/> (дата обращения: 15.08.2018)
17. Приказ Минздравсоцразвития России от 27. 12. 2011 №1687н (ред. от 02.09.2013) «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи». [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_127424/ea2d9b65432bfa5119b775a55becf56a5579460f/ (дата обращения: 14.09.2018)
18. Определение КС РФ от 15.05.2012 №880-О «Об отказе принятия к рассмотрению жалобы граждан Ч.П. и Ч.Ю. на нарушение их конституционных прав положениями п.4 ст. 16 ФЗ «Об актах гражданского состояния». [Электронный ресурс]. URL: <http://advokat-malov.ru/zakony-i-kodeksy/semeynyj-kodeks-rossijskoj-federacii/razdel-iv--prava-i-obyazannosti-roditeley-i-detey/glava-10--ustanovlenie-proishozhdeniya-detey/statya-48--semeynyy-kodeks-kodeks-rf/sud-praktika-k-state-48-semeynyy-kodeks-rf-30581.html> (дата обращения: 15.09.2018)
19. Пленум ВС РФ от 16.05.2017 №16 О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей. [Электронный ресурс]. URL: <http://advokat-malov.ru/zakony-i-kodeksy/semeynyj-kodeks-rossijskoj-federacii/razdel-iv--prava-i-obyazannosti-roditeley-i-detey/glava-10--ustanovlenie-proishozhdeniya-detey/statya-47--semeynyy-kodeks-kodeks-rf/sud-praktika-k-state-47-semeynyy-kodeks-rf-30575.html> (дата обращения: 15.09.2018)
20. Приложение 1. Инструкция об определении критериев живорождения, мертворождения, перинатального рождения. К приказу-постановлению Минздрава РФ и Госкомстата РФ от 4 декабря 1992 г. №318/190 [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/4171102/53f89421bbdaf74ieb2diecc4ddb4c33/> (дата обращения: 09.09.2018)
21. Решение №2-639/2019 2-639/2019-М-440/2019 М-440/2019 от 25 февраля 2019 г. по делу №2-639/2019 <https://sudact.ru/regular/doc/XCePR3ddoH5R/>
22. Решение №2-358/2017 2-5685/2016 2-358/2017(2-5685/2016;). М-3587/2016 М-3587/2016 от 28 июня 2017 г. по делу №2-358/2017
23. Всемирная организация здравоохранения 55 сессия п. 7.3.1 предварительной повестки дня 05.01.1974 [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176698/EB55_41_rus.pdf?sequence=1 (дата обращения: 14.09.2018)
24. Surrogacy. Судебная практика. [Электронный ресурс]. URL: https://surrogacy.ru/legal_aspects/surrogacy_jurisprudence/ (дата обращения: 15.08.2018)
25. Судебные практики России за 2016 год по тематике «Суррогатное материнство». [Электронный ресурс]. URL: <https://surmoms.com/sudebnye-praktiki-rossii-za-2016-god-po-tematike-surrogatnoe-materinstvo/#6> (дата обращения: 15.09.2018)
26. Экономика и жизнь [Электронный ресурс]. URL: <https://www.eg-online.ru/article/317486/> (дата обращения: 09.09.2018)
27. РБК Демографический срыв [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2018/01/30/5abef6f59a7947507175ce75> (дата обращения: 14.08.2018)
28. How common is infertility? [Электронный ресурс]. URL: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/infertility/conditioninfo/common> (дата обращения: 14.08.2018)
29. Epoch Times [Электронный ресурс]. URL: <https://www.epochtimes.ru/kitajtsamugrozhaet-besplodie-98916890/> (дата обращения: 14.08.2018)
30. Экономика и жизнь. В России бесплодие достигло уровня национальной безопасности. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.eg-online.ru/article/317486/> (дата обращения: 14.08.2018)
31. Wonderzine. В чужом теле: Кто и почему выбирает суррогатных матерей. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.wonderzine.com/wonderzine/life/life/225854-surrogate-mother> (дата обращения: 15.08.2018)

32. Embryonenschutzgesetz §1 [Электронный ресурс]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/_1.html (дата обращения: 14.08.2018)
33. Adoptionsvermittlungsgesetz §14b [Электронный ресурс]. URL: <https://dejure.org/gesetze/AdVermiG/14b.html> (дата обращения: 14.08.2018)
34. Вишнякова А.В. Семейное и наследственное право: учебное пособие / отв. ред. В.М. Хинчук. М.: Контракт, Волтерс Клувер, 2010. 384 с.
35. Пестрикова А.А. Правовая природа договора о суррогатном материнстве. Актуальные проблемы частноправового регулирования: Материалы VI Международной научной конференции молодых ученых. Самара, 2006. 237 с.

Об авторах:

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, доцент, Москва, o81o1967@list.ru

Попова Антонина Андреевна – студентка Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Noto6@mail.ru

Михина Мария Юрьевна – студентка Московского Государственного Института Международных Отношений Министерства иностранных дел России, глава Клуба Германских Исследований Научного Студенческого Общества МГИМО МИД России, Москва, Mikhina.mm@yandex.ru

Julia Vladimirovna Pavlova – associate Professor, health law Department, First Moscow state medical University they. I.M. Sechenova Ministry of health of Russia (Sechenov University), candidate of law, Associate Professor, Moscow

Antonina Andreevna Popova – student of Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Maria Yurievna Mikhina – student of the Moscow state Institute of International Relations of the Ministry of foreign Affairs of Russia, head of the club of German Studies of the Scientific Student Society of MGIMO MFA of Russia, Moscow

© Павлова Ю.В., Попова А.А., Михина М.Ю., 2020

Тимофеева М.Ю., Орунбаева А.А.

**ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ И СВОБОД ЛИЦ,
СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
(этико-правовые аспекты)

Статья посвящена анализу законодательства и государственной политики в сфере регулирования прав лиц, страдающих психиатрическими расстройствами, с целью выделения правовых и этических пробелов в организации психиатрической помощи на территории РФ.

Приведенные социологические исследования о распространенности психических расстройств среди населения стран мира, подтверждают не только значительный рост данной категории больных, но и предполагаемый уровень не выявленных пациентов, особенно в подростковой и гериатрической практике как в европейских странах, так и на территории РФ, что влечет ужесточение ответственности медицинского персонала за качество осуществления не только своей профессиональной деятельности, но и этико-правовой помощи.

Освещая права лиц, в части незаконного освидетельствования и последующей принудительной госпитализации, авторы формируют не только перечень нерешенных проблем, но и предлагают пути их решения.

Ключевые слова: права пациента, права лиц с психическими расстройствами, недобровольная госпитализация, порядок ненадлежащего оказания, детская психиатрия, правовые проблемы

Margarita Timofeeva, Albina Orunbaeva

**PROBLEMS OF REALIZATION OF RIGHTS AND FREEDOMS
OF PERSONS AFFECTING MENTAL DISORDERS**
(ethical and legal aspects)

The article is devoted to the analysis of legislation and state policy in the field of regulation of the rights of persons suffering from psychiatric disorders, with the aim of highlighting legal and ethical gaps in the organization of psychiatric care in the Russian Federation.

The above sociological studies on the prevalence of mental disorders among the world's population confirm not only a significant increase in this category of patients, but also the estimated level of undetected patients, especially in adolescent and geriatric practice both in European countries and on the territory of the Russian Federation. This entails a tightening of the responsibility of medical personnel for the quality of the implementation not only of their professional activities, but also of ethical and legal assistance.

When covering the rights of individuals in terms of illegal examination and subsequent forced hospitalization, the authors form not only a list of unresolved problems, but also suggest ways to solve them.

Keywords: patient rights, rights of persons with mental disorders; involuntary hospitalization, order the proper provision, child psychiatry, legal problems

Изучая полемику по вопросу «реализации гарантий прав граждан при получении психиатрической помощи», все чаще убеждаешься, что этико-правовая и «социальная ориентированность психиатрии во все времена превращала ее в арену острой борьбы различных идеологий и общественных мнений», возлагая на ученых и клиницистов высочайшую нравственную ответственность не только перед пациентами, но и перед обществом в целом [2].

Как мы помним из истории – впервые упоминание о «выделении психически больных» как лиц – требующих к себе особое правовое отношение было зафиксировано на средневековом Арабском Востоке [5].

А России, началом развития психиатрической помощи считают XI век, когда на территории Киево-Печерского монастыря впервые выстраивается больничное заведение для оказания помощи «душевнобольным». Позднее, в допетровские времена, эта категория граждан не только гарантированно обеспечивается медицинской помощью, но и освобождается от уголовной ответственности.

Необходимо отметить, что несмотря на все политико-экономические различия в развитии государственного устройства России и стран Европы, медицинское сообщество проходит практически одновременно этапы развития не только «Клинической психиатрии» как науки, но и применения этико-социальных норм для данной категории граждан.

Так с конца XVIII века формируется система «домов для душевнобольных»:

- в России, после принятия устава «приказов общественного призрения» с 1775 года;
- во Франции в 1792 году, когда заведующий парижскими «убежищами» врач Филипп Пинель впервые для психически больных отменяет тюремный режим, снимает с пациентов цепи и реформирует помещения для их пребывания [2].

На рубеже XIX-XX вв. российские и европейские психиатры – изучая клиническую картину и пытаясь распознать причины нарушений психической деятельности

у населения – закладывают основы нового, гуманного подхода к данной категории граждан.

А принятые 25 апреля 1977 года на ВПА «Гавайской декларацией», «Этические положения в психиатрии», являясь общепризнанными и наиболее устоявшимися, впервые не просто закрепляют правовой статус лиц, страдающих психиатрическими расстройствами, но и вводят определение детской – «педопсихиатрии», как возрастной спецификой данной области.

В последнее десятилетие, «Европейское сообщество» продолжает активно усовершенствовать программу «гуманизации психиатрии». Так с 2013 года ВОЗ был запущен «План действия в области психического здоровья до 2020 г.», который предусматривает плановое сведение к минимуму принудительных госпитализаций, путем сокращения числа коек для пациентов. Это позволит перераспределить лечебный процесс из стационара в амбулаторные службы по месту жительства пациентов [9].

По мнению сторонников реформы, это поможет больным не только преодолеть страх перед врачами, но и не терять социальных связей с обществом и в своей профессиональной деятельности. Ведь по заключению как российских, так и зарубежных специалистов – лишь незначительная часть больных данной категории имеют «стойкую утрату трудоспособности», а нуждаются в психиатрической помощи только 10-30% всех выявленных лиц с психическими расстройствами.

В свою очередь, противники проводимой реформы опасаются, что в погоне за экономией средств, произойдет необратимое выпадение данных пациентов из поля зрения медицинского персонала, прогнозируя серьезную угрозу безопасности как для общества в целом, так и для самих пациентов и их близких.

Вторым фактором преждевременности данной реформы, по их мнению, является отсутствие у ВОЗ точных статистических данных по заболеваемости психическими расстройствами среди населения стран мира.

По мнению самих специалистов, отсутствие единых критериев оценки по постановке диагноза о наличии психических расстройств, и единых норм по цикличности и качеству диспансерных осмотров, в настоящее время создает сложность для выявления данной категории больных среди населения.

Следовательно, мы можем предположить, что статистика ВОЗ не обладает точными цифрами о распространении данных заболеваний, а результаты эпидемиологических исследований весьма неоднородны (противоречивы).

И так, согласно результатам международных исследований, по выявлению психически больных врачами общего профиля, среди выборочной группы пациентов показали, что распространенность данных заболеваний в странах мира колеблется в интервале от 7,3% населения в Нидерландах до 49,9% (женщины), а в Канаде до 50,1% (мужчины).

Согласно статистическим данным: в США – 29-38% (без наркоманий 18,6-29,5%); Швеции – 31%; Англии – 22%; Германии – 32,7%; Норвегии – 26,6%; Нигерии – 22,4%; Финляндии – 17%; Австралии – 14,8%; в то время как в Китае – 0,54%; в Болгарии – 1,43%; в Польше – 4,0%; и Чехии – 8,1%.

Причем в США, по данным семейных врачей, при выявлении психических нарушений у 1/3 обслуживаемых пациентов, консультацию у психиатра из них посещают только 2-4%.

А если рассматривать гериатрическую практику, то эти цифры уже колеблются от 30-50% населения стран мира [5].

На территории РФ, в настоящее время – около 3% населения страны страдает теми, или иными психическими расстройствами, из которых 4,6-5,3% составляют лица подросткового и юношеского возраста.

При этом, только от 10,6-18,6% из всех выявленных при сплошном обследовании состоят на учете в ПНД, 60% из общего числа больных находятся в трудоспособном возрасте, причем каждый 3-й из них работает, а каждый 4-й является инвалидом по психиатрическому заболеванию.

Разбирая структуры психических расстройств, в которых преобладают:

- непсихотических психических расстройств 51,3%;
- психозов 26,1%, из них больше половины приходится на больных шизофренией и аффективные психозы (51,9%);
- деменций с умственной отсталостью 22,6%.

Среди непсихотических психических расстройств выделяются:

- органические непсихотические расстройства 43,7%;
- невротические, связанные со стрессом 24,3%;
- непсихотические расстройства детского и подросткового возраста 18,2%.

Больные с умственной отсталостью:

- дебильностью 72,4%;
- формы олигофрении 27,6% [5].

Поэтому, наше исследование направлено на выявление основных этико-правовых проблем, которые возникают при апробации европейской модели оказания психиатрической помощи как несовершеннолетним, так и взрослому населению, на территории нашей страны, реализуемое в несколько этапов.

В рамках реформы, законодатель, пытаясь усовершенствовать этический аспект оказания психиатрической помощи, планирует создание «Службы по защите прав пациентов психиатрических учреждений». Предполагается, что имея «независимый» от Минздрава статус, данная «служба» сможет осуществлять свою деятельность в качестве «специального подразделения» при «Уполномоченном по правам человека в РФ».

Для осуществления защиты не только прав пациентов медицинских психиатрических лечебниц, но и 150 тыс. россиян, живущих в психоневрологических интернатах (ПНИ) – учреждениях социального обслуживания, законодатель четко определяет статус и полномочия представителей службы, которыми могут быть:

- лица, или правозащитники, обладающие специальными познаниями в психиатрии, или социальные работники, с опытом деятельности в области защиты прав граждан не менее трех лет;

- общественные организации типа ОНК (общественных наблюдательных комиссий).

При этом накладывается запрет на представительство:

- сотрудникам стационарных организаций;
- лицам, замещающим государственные должности;
- сотрудникам органов прокуратуры и следственного комитета РФ.

Подготовительным этапом создания данной службы станет рассмотрение и принятие Советом Федерации законопроекта – «О необходимости внесения изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях повышения гарантий реализации прав и свобод недееспособных и не полностью дееспособных граждан», закрепив понятие «частичная опека» и право граждан иметь несколько опекунов.

Это поможет урегулированию возникающих конфликтных ситуаций между медицинским персоналом и пациентами, находящимися в психиатрических больницах и интернатах [9].

Сторонники реформы, в лице правозащитников, подчеркивая «не совершенство» действующего законодательства, акцентируют, что единственный Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятый более 25 лет назад и к настоящему моменту практически не претерпел каких-либо кардинальных изменений [9]. Нарочито акцентируя, что данный нормативный документ официально не регулирует вопросы «детской психиатрической области», игнорируя интересы ¼ части населения РФ, умалчивают о положении ч. 2 ст. 7 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», в которой, не просто закреплены, а подлежат особой охране все права детей, находящихся в статусе – пациентов, независимо от их семейного и социального благополучия.

Необходимо подчеркнуть, что действующие нормы законодательства РФ, не только обеспечивает надлежащую заботу о здоровье и правовой защите в сфере ох-

раны здоровья как несовершеннолетних с момента их рождения, до наступления совершеннолетия (18 лет), так и взрослого населения, закрепляя четкий порядок оказания психиатрической помощи, и по мнению европейских экспертов, соответствуют международным стандарта оказания психиатрической помощи [9].

Так ч. 2. ст. 10 Закона РФ от 2 июля 1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон №3185-1) регулируются методы диагностики психических расстройств и лечения (не запрещенные законодательством РФ); при этом лекарственные препараты и медицинские изделия применяются только после прохождения регистрации, в установленном законодательством порядке.

А ч. 3 ст. 10 гарантирует, что методы диагностики и лечения, а также лекарственные препараты применяются исключительно в диагностических и лечебных целях, в соответствии с характером болезненных расстройств, а не для наказания лица, страдающего психическим расстройством.

И своеобразным «гарантом» этих положений являются уже нормы в ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Федеральный закон №323-ФЗ) который регулирует оформление добровольно информированного согласия гражданина (пациента) или его доверенного лица на медицинское вмешательств.

При этом, ч. 9 и 10 ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ, регламентируя медицинское вмешательство без согласия гражданина (одного родителя или законного представителя) – допускаются случаи, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни пациента. А если состояние человека не позволяет выразить свою волю, то согласно ч. 2 ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ – оказание услуги предусмотрено по решению консилиума врачей, в случае невозможности, непосредственно решением лечащего (дежурного) врача, с внесением данного решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц.

В отношении лиц, страдающих тяжелым психическим расстройством – по решению суда, в случаях и в порядке, установленном законодателем РФ.

Из этого мы можем сделать заключение, что в своей основе – действующий на территории РФ правовой синтез нормативной базы защищает интересы любого пациента, в независимости его физического (психического) состояния, а регламентированные процедуры при оказании любой медицинской помощи осуществляются на основе принципа добровольности.

Так приоритетный принцип добровольности обращения за психиатрической помощью закреплен в ч. 1 ст. 4 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 (в ред. Федерального закона от 25.11.2013 г. №317-ФЗ), которая оказывается, как и любая мед. услуга, только при наличии информированного добровольного согласия гражданина (доверенного лица) на медицинское вмешательство.

Как мы знаем, законодатель определяет три вида психиатрической помощи:

1. «Психиатрическое освидетельствование» – которое определяет наличие у обследуемого психического расстройства и необходимость в оказании специализированной помощи. В этом случае, гражданин может быть принудительно освидетельствован на предмет наличия психического заболевания (ч. 1 ст. 23 Закона РФ №3185-1).

Для оформления освидетельствования необходимо:

- заявление на освидетельствование, которое подают врачу-психиатру – родственники, врач любой медицинской специальности, должностные лица, сотрудники полиции (ч. 2 ст. 25 Закона №3185-1). Подается заявление только в письменном виде и содержит подробные сведения, обосновывающие необходимость освидетельствования, или отказ от обращения к врачу – психиатру (ч. 4 ст. 25 Закона №3185-1);
- законодатель предусматривает неотложные меры, в этом случае заявление может быть в устной форме (ч. 3. ст. 25 Закона №3185-1);
- если человек представляет опасность для себя (окружающих), врач-психи-

атр принимает решение немедленно, оформляя запись в медицинской документации (ч. 1 ст. 24 Закона №3185-1);

- производится «принудительное освидетельствование» только по решению суда на основании заявления, поданного в течение 48 часов с момента госпитализации, если по имеющимся основаниям предполагается наличие у гражданина тяжелого психического расстройства (ч. 2 ст. 24 Закона №3185-1);

- врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица заключение о необходимости принудительного освидетельствования, которое рассматривается судом в течение трех дней со дня подачи (ч. 5 ст. 25 Закона №3185-1);

- при этом, гражданин может быть госпитализирован до постановления судьи, если освидетельствован в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров (ст. 29, и ч. 1 ст. 32 Закона №3185-1);

- для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет – освидетельствование проходит по просьбе, с согласия его родителей (законного представителя), в случае возражения (их отсутствия), освидетельствование проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

2. «Амбулаторная психиатрическая помощь», являясь консультативно-лечебной, оказывается врачом-психиатром в момент самостоятельного обращения лица, страдающего психическим расстройством.

Для несовершеннолетних (до 15 лет) осуществляется по просьбе, или с согласия родителей (опекунов, попечителей).

Благодаря реформе, действительно за последние годы превращается в наиболее комфортную для большинства пациентов, так как позволяет при получении квалифицированной психиатрической помощи не терять связи с социумом.

А «дневной стационар», должен превратиться в своеобразный этап реабилитации после выписки из больницы.

Размещаясь, как правило, на базе районного диспансера, имеет максимальную приближенность к круглосуточному больничному наблюдению, оказывая как медицинскую,

так и психологическую помощь. При необходимости, предоставляют питание и некую занятость (просмотр передач и тренировки по развитию мелкой моторики). При этом больной ночует дома и не ограничен стенами больницы, а для тех, кто не может прийти самостоятельно в диспансер, существует отделение «интенсивного оказания психиатрической помощи», когда врачи службы приезжают к пациенту на дом [6, 9].

Успешно запускаются медико-реабилитационные отделения (МРО), работа которых направлена на пациентов, у которых при относительно стабильном психическом состоянии утрачены социальные связи, или навыки самообслуживания.

Получают активную психологическую поддержку группы с психотерапевтами [6].

Но при необходимости, нормы, предусматривающие установление «диспансерное наблюдение» без согласия пациента, остаются в силе (ч. 1 ст. 27 Закон №3185-1).

3. «Госпитализация в психиатрический стационар» осуществляется только для пациентов в крайне тяжелом состоянии, добровольно (по просьбе или с согласия лица), либо его законного представителя.

Основанием для госпитализации является:

- результат психиатрического освидетельствования комиссии врачей-психиатров выносит решение о обоснованности госпитализации, в случае признания госпитализации необоснованной и отсутствия у пациента желания остаться – его выписывают (ч. 1 ст. 32 Закона №3185-1);
- представитель медицинской организации подает в суд заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар (в недобровольном порядке) – к заявлению прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в стационаре (ч. 2 ст. 33 Закона №3185-1);
- заявление и заключение комиссии врачей-психиатров направляются в суд (по месту нахождения медицинской организации) в течение 24 часов после признания госпитализации обоснованной (ч. 2 ст. 32 Закона №3185-1).

При этом срок в 24 часа для подачи заявления медицинским работником не должен выходить за пределы 48 часов, предоставленных для госпитализации гражданина в стационар до санкции судьи.

Судья рассматривает заявление о госпитализации лица в недобровольном порядке в течение 5 дней с момента его принятия в помещении суда (либо в указанной медицинской организации). При этом дело не может быть рассмотрено в упрощенном порядке, так как касается ограничения прав и свобод гражданина. Требуется присутствие данного гражданина или его представителя.

При рассмотрении заявления обязательно участие прокурора, представителя медицинской организации (ходатайствующего о госпитализации), и представителя гражданина (ч. 3 ст. 34 Закона №3185-1).

Судья выносит решение, которым удовлетворяет (отклоняет) ходатайство психиатрического стационара о госпитализации, причем само решение судьи об удовлетворении заявления является уже основанием для госпитализации (дальнейшего содержания) лица в психиатрическом стационаре (ч. 1, ч. 2. ст. 35 Закона №3185-1), а решение суда может быть обжаловано в течение 10 дней с момента его вынесения. (ч. 3 ст. 35 Закона №3185-1).

Для несовершеннолетних пациентов (до 15 лет) госпитализация в психиатрический стационар также проводится по просьбе или с согласия родителей (законного представителя) при наличии соответствующий показаний (ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ).

Осложнением может являться невозможность врача наладить контакт с родителями пациента и выработать комплаенс, то есть приверженность к назначенному курсу лечебно-диагностических мероприятий, ведь детский -психиатр выступает как правило в роли семейного врача и психолога [3].

Еще одной существенной проблемой отрасли является слабое развитие детской психофармакологии, ведь современные препараты, успешно зарекомендовавших себя во взрослой практике, официально не проходят апробацию на детях, поэтому пси-

хиатры вынуждены давать детям устаревшие ЛП, имеющие побочные эффекты [8].

При этом, большинство специалистов отрицают возможность использовать психотропные препараты у больных до 16 лет, ссылаясь на функциональную незрелость детского организма (п. 18 «Порядок оказания педиатрической помощи», утверждено Приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. №366/Н).

Но освещая вопрос детской госпитализации, невозможно не упомянуть о глубинно-этической проблеме в детской психиатрии – взаимоотношениях детей, с данным заболеванием, и немедицинских учреждений (образовательных и общественных).

На практике, психиатры все чаще сталкиваясь с ущемлением прав своих пациентов, ведь нарушения в развитии детей часто приводят к непониманию в обществе, что затрудняет процесс лечения и как следствие – отсутствие ожидаемого эффекта в курсе лечения.

Ну и последим, неизменно дискуссионным, вопросом для правозащитников остаются – основания для принудительной госпитализации граждан.

Согласно ст. 29 Закона №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», законодатель четко определяет, что основанием является одновременное выполнение следующих условий:

- наличие у лица психического расстройства;
- психиатрическое обследование (лечение) возможны только в стационаре;
- психическое расстройство человека является тяжелым – создавая непосредственную опасность для себя (окружающих);
- беспомощность и ухудшение психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, причем для такой категории лиц, которые после выписки из стационара должны самостоятельно продолжать заниматься своим здоровьем, в рамках реформы, в больницах начинают развивать «программы психообразования».

По мнению клиницистов, именно в преобразовании стационаров – кроются основные риски современного реформирования.

Ведь рекомендованные сроки среднего пребывания в стационаре стали сокращаться, следовательно, «нового временного стандарта» не всегда достаточно, чтобы вывести пациента из острого состояния.

Официально все пациенты после выписки продолжают лечение в амбулаторных условиях, но на современном этапе, закон позволяет установить определенный контроль только в отношении лиц, страдающих хроническим психическим расстройством с тяжелыми проявлениями.

По закону, диспансерное наблюдение позволяет пригласить пациента только на осмотр, так как любые другие формы медицинской услуги – предусматривают чтобы пациент пришел сам, а принудительное амбулаторное лечение возможно лишь по решению суда, и только в отношении некоторых категорий преступников [5, 7].

К сожалению, ни уголовное, ни уголовно-исполнительное законодательство, с учетом современной ситуации, не определяют процедуру исполнения такой принудительной меры, а Закон №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» – неизменно гарантируют только право граждан, данной категории, получать квалифицированную психиатрическую помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения.

Вообще, подобные «Реформы» в психиатрии всегда сопровождалась громкими скандалами, финансовыми разоблачениями и закрытием стационаров. Данный проект, несмотря на экономию за счет сокращения числа больничных коек, по мнению экспертов, также потребует значительных финансовых вложений.

Ведь помимо перепрофилирования больниц, которые подчас находятся в плачевном состоянии, необходимо значительное расширение сети амбулаторных служб, решение вопросов сопровождения пациентов, а это увеличение штата работников, при современной ротации персонала [4].

Еще в 2016 году, проведенный анализ НИИ здравоохранения и медицинского менеджмента департамента здравоохранения Москвы признал, что «оптимизация» психиатрических стационаров преждевременна и для запуска «амбулаторной службы» столицы необходимо 370 врачей, 150 медицинских сестер, 400 немедицинских специалистов – клинических психологов и специалистов по социальной работе, и это без учета педиатрического профиля [4, 9].

Несмотря на то, что законодатель и правительство, пытаясь защитить права данной категории граждан, и пошагово фиксируют и регламентируют все действия сторон, с горечью приходится констатировать о систематических нарушениях.

Так в результате проверок за 2018 год были выявлены – нарушения прав лиц, страдающих психическими расстройствами, в 80% проверенных психоневрологических диспансерах, из них в 25% условия проживания не соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям. В 47 реги-

онах не соблюдаются правила организации питания пациентов, а в 27 регионах в штатном расписании отсутствуют психологи и специалисты по социальной работе [9].

В этой связи считаем целесообразным:

- в интересах несовершеннолетних пациентов, учитывая психосоматические особенности детей, на основании ст.7. Федерального закона №323-ФЗ рекомендуем внести в положения о «внутреннем порядке» детских психиатрических стационаров пункт «об особых условиях нахождения детей и их доверенных лиц в условиях стационара»;
- в рамках «детской психиатрии», расширить реабилитационную программу, реорганизовав систему «немедицинских учреждений для детей» с отставанием развития или психическими патологиями;
- для судейского корпуса, которые не являются врачами-психиатрами – разработать методические указания с объективными критериями для оформления «недобровольной госпитализации».

Список литературы:

1. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. №33. Ст. 1913.
2. Барденштейн Л.М., Пивня Б.Н., Молодецких В.А. Клиническая психиатрия Избранные лекции: Учебное пособие. М.: ИНФРА-М, 2014. 432 с.
3. Белокрылов И.В., Соколов В.П. Проблема комплаенса в психиатрии // КМКВ. Вып. 1. 2019. С. 92-98.
4. Габоян Я.С., Макарян А.С., Кича Д.И. Савельев Д.В., Авагимян А.А., Профилактика профессионального выгорания у медицинских сестер психиатрических больниц: ба-линтовский метод. Психиатрия. 2019. №81. С. 95-100.
5. Клименко Т.В. Судебная психиатрия: учебник для академического бакалавриата / 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2019. 236 с.
6. Ключкин Т.П., Каледа В.Г. Научный центр психического здоровья: история и современность. К 75-летию со времени создания Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119 (11): 7-10.
7. Миннетдинова Л.М., Гатин Ф.Ф., Гатин Э.Ф. Принципы оказания психиатрической помощи в судебной психиатрии. Практическая медицина. 2019. Том 17. №3. С. 38-43.
8. Портнова А.А., Сиволап Ю.П. Два случая применения антипсихотиков в детской психиатрии. Неврологический вестник. 2019. Т. LI. Вып. 1. С. 91-98.
9. Рукавишников И. Правовые гарантии оказания психиатрической помощи в России обсудили в Совете Федерации / Совет Федерации Федерального Собрания РФ // URL: <http://council.gov.ru/events/news/110465> (дата обращения 21.11.2019)

Об авторах:

Тимофеева Маргарита Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, timofeevainfo@mail.ru

Орунбаева Альбина Абдулашимовна – студент 2 курса педиатрического факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва

Margarita Yurievna Timofeeva – senior lecturer, health law Department, First Moscow state medical University they. I.M. Sechenov Ministry of health of Russia (Sechenov University), Moscow

Albina Abdulaashimovna Orunbaeva – 2th year student pediatric faculty of Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Тимофеева М.Ю., Орунбаева А.А., 2020

Чолпонбаев К.С., Тургуналиева М.А., Дооталиева С.Ч.

ОБЗОР НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗАКОННОГО ОБОРОТА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В статье рассмотрены основные моменты в нормативно правовом регулировании, которые препятствуют и ограничивают рациональное использование наркотических лекарственных средств для пациентов, имеющих на то легитимные медицинские нужды. Цель исследования - дать оценку системе мер государственного регулирования в деятельности, связанной с законным оборотом наркотических анальгетиков в фармацевтических и медицинских организациях. Проанализированы ряд барьеров и выявлен чрезмерный контроль, обуславливающий низкую доступность, отсутствия системы контроля за формированием потребности и непрерывного обеспечения. На основе проведенного анализа, авторами предлагается убрать необоснованные барьеры, бюрократию при выписывании рецептов, сделать усовершенствованный подход в организации данного вида деятельности.

Ключевые слова: законный оборот, наркотические средства, чрезмерный контроль, барьеры, выписывание рецепта

Kosmosbek Cholponbaev, Milana Turgunaliyeva, Sairagul Dootaliyeva

REVIEW OF THE FRAMEWORK FOR THE REGULATION OF THE LEGAL DRUG TRAFFICKING IN THE KYRGYZ REPUBLIC

The article discusses the main points in legal regulation that impede and limit the rational use of narcotic drugs for patients who have legitimate medical needs. The purpose of the study is to evaluate the system of government regulation measures in activities related to the legal trafficking of narcotic analgesics in pharmaceutical and medical organizations. A number of barriers are analyzed and excessive control is identified that causes low availability, the lack of a control system for the formation of needs and continuous provision. Based on the analysis, the authors propose to remove unreasonable barriers, bureaucracy in writing prescriptions, and make an improved approach to organizing this type of activity.

Keywords: legal circulation, narcotic drugs, excessive control, barriers, prescription

В последние годы, высокое политическое внимание сосредоточено на содействии обеспечению наличия наркотических средств используемые в медицинских целях, включая единогласное принятие Итогового документа специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по мировой проблеме наркотиков и Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, который содержит рекомендации, направленных на устранение суще-

ствующих барьеров для улучшения доступа к контролируемым веществам в медицинских и научных целях [1]. Также в Кыргызстане Постановлением Жогорку Кенеша Кыргызской Республики (КР) «О состоянии онкологической и гематологической служб Кыргызской Республики» №1293-VI от 26 января 2017 года было поручено разработать Национальную программу развития онкологической службы Кыргызской Республики [2].

21 сентября 2017 года по итогам обсуждения был принят проект резолюции государственной программы развития онкологической помощи населению на 2018-2022 годы. Цель разработки программы по улучшению онкологической службы в Кыргызстане – уменьшить заболеваемость, смертность, чтобы выявляемость онкологических заболеваний была на более ранней стадии, когда результаты лечения могут быть более высокими. В проекте программы особое место уделено паллиативной помощи, поскольку пациентам со злокачественными новообразованиями 3-4-й стадии необходимо создать условия, улучшить физическую и экономическую доступность наркотических анальгетиков, оказывать паллиативную, социальную помощь и помощь психолога.

Кыргызская Республика, как страна – участница трех международных конвенций в сфере законного оборота, обязана соблюдать требования, указанные в этих документах. Базисным документом в данной сфере деятельности на территории КР является Закон Кыргызской Республики от 22 мая 1998 года №66 «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» [3]. В связи с тем, что в последнее время растет потребность в наркотических анальгетиках во многих государствах постсоветского пространства произошли многие изменения по усовершенствованию и упрощению нормативно правовой базы в регулировании оборота наркотических препаратов. Однако, в отношении наркотических анальгетиков в КР существует большая нормативно-правовая база, представленная нормативно-правовыми актами различного уровня, созданная в целях противодействия незаконному обороту наркотических средств. Где установлены жесткие, необоснованные меры для предотвращения незаконного оборота наркотических препаратов, где пострадавшей стороной зачастую оказываются больные, которые нуждаются в обезболивании. Чрезмерный контроль в сфере оборота наркотических анальгетиков в стране привело к тому что уровень

потребления наркотических средств в медицинских целях находится на крайне низком уровне. В паллиативной помощи нуждаются в среднем по стране 20 тысяч пациентов в год. Обеспеченность инкурабельных онкологических больных наркотическими анальгетиками в КР составила 0,25% [4]. Для более детального изучения требований к законному обороту наркотических средств нами был проведен критический анализ законодательной базы в сфере законного оборота наркотических средств (см. таблицу).

Создание жестких регулирующих мер позволило частично пресечь переход наркотических анальгетиков в незаконный оборот. Но при этом возникли многочисленные барьеры для их использования в медицинских целях. Соответственно, необходима работа по формированию сбалансированной национальной стратегии в отношении законного оборота наркотических средств.

Таким образом:

1. Выявлено, что в КР нормативно-правовая база создана в целях противодействия незаконному обороту наркотических средств. При этом существуют некоторые барьеры и пробелы при организации данного вида деятельности в медицинских и фармацевтических организациях.

2. В нормативно правовой базе не указано на кого возложена регулятивные функции обеспечения, надзор, контроль наличия и запаса наркотических анальгетиков. Не разработан четкая внутренняя система обеспечения и контроль наличия наркотических анальгетиков.

Несмотря на международные требования для руководства действиями на национальном уровне, в Кыргызстане должен быть единый подход для расширения доступа к наркотическим лекарственным средствам и их наличия. Где три аспекта являются основными областями внимания:

- системная интеграция;
- обучение и повышение информированности;
- система управления цепочкой поставок.

Результаты анализа нормативно-правовых документов, ограничивающих оборот наркотических анальгетиков

Законы и Постановления Правительства (ПП)	Статьи и пункты в законах и ПП	Примечания
1 Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» [5]	2 Статья 61. Граждане имеют право на охрану здоровья, которое обеспечивается наличием нужных лекарственных средств и на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.	3 В паллиативной помощи нуждаются в среднем по стране 20 тысяч пациентов в год, которые нуждаются в обезболивающем лечении из-за низкой физической, географической и экономической доступности наркотических анальгетиков.
ПП КР от 22 июня 2004 года №466 «Правила осуществления государственного надзора над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (НСПВП) в КР» [6]	3.8. государственная квота (норма потребности КР) на наркотические средства и психотропные вещества устанавливается и утверждается в соответствии с Законом КР, направляется согласно международным договорам в Межгосударственный комитет по контролю над наркотиками (МККН) на утверждение международной квоты для КР на основании расчета потребности в наркотических средствах и психотропных веществах, в пределах которых осуществляется его оборот. Основными принципами распределения наркотических средств и психотропных веществ является удовлетворение потребности регионов в данных средствах в количествах, необходимых для осуществления нормальной деятельности предприятий и организаций, но не более 1-годового их запаса.	В данное время в КР не проводится расчет потребности по методам МККН и не разработаны методические рекомендации или стандарты по определению потребности в наркотических средствах, предназначенных для медицинского применения. Минздрав должен обеспечивать проведение единой государственной политики в сфере законного оборота наркотических средств, мониторинг и оценку ее реализации, а департамент лекарственного обеспечения и медтехники (ДЛО и МТ) – регулятивные функции, включая координацию, надзор и контроль в рамках своей компетенции.

Законы и Постановления Правительства (ПП)	Статьи и пункты в законах и ПП	Примечания
1 ПП КР от января 2011 года №2 «Об утверждении порядка выписывания рецептов на ЛС и об их отпуске в КР» [7]	2 1.13 Рецепт на наркотическое лекарственное средство должен быть написан рукой врача, подписавшего его, и заверен его личной печатью, количество выписываемого наркотического средства указывается прописью. Кроме того, рецепт подписывается руководителем организации здравоохранения и заверяется гербовой печатью организации здравоохранения. При выписывании больному очередного рецепта на наркотическое лекарственное средство врачу необходимо проверить количество, выписанное в предыдущий раз, и количество возвращенных ампул из-под наркотических средств. Допускается одно-, двухдневный остаток неиспользованных лекарственных средств у больного. 17. Нормы выписывания наркотических и психотропных лекарственных средств для инкурабельных онкологических и гематологических больных могут быть увеличены в 2 раза против количеств, указанных в приложении 2 к настоящему Правилам.	3 Подпись руководителя организации и гербовая печать в бланке рецептуры – излишняя бюрократизация, создающая преграду оказанию своевременной медицинской помощи больному. При этом, эта процедура не несет никакой рациональности: лечение назначают врач и/или группа врачей (консилиум), за назначение лечения, в том числе за назначение наркотических ЛС, несут ответственность те, кто это назначают. Наличие пустых ампул от препаратов не является гарантией того, что больной использовал их по назначению. В этих случаях подчет пустых ампул врачом лишь отнимает у него дефицитное время и отягощает несвойственной для него непродуктивной работой и ответственностью. Эти излишние нагрузки могут оттапливать врачей от назначения наркотических лекарственных средств, тем самым усугубляя проблемы с доступностью наркотических анальгетиков. Список болезней или состояний, требующих выписывания нуждающимся лицам наркотических или психотропных лекарственных средств гораздо шире, чем рамки под выражением «инкурабельных онкологических и гематологических больных». Прописывание каждого такого случая не совсем рационально, так как всегда будут оставаться непредусмотренные списками случаи. Поэтому, оценку того, насколько человек нуждается в том или ином лекарственном средстве в каждом отдельно взятом случае, надо оставить на усмотрение врачей.

Законы и Постановления Правительства (ПП)	Статьи и пункты в законах и ПП	Примечания
1	2	3
ПП КР от 18 февраля 2011 года №54 «О порядке учета, хранения и использования НСПВП в КР» [8]	<p>В этом случае большой прикрепляется письменным распоряжением руководителя организации здравоохранения к аптеке по месту жительства для обеспечения его наркотическими и психотропными лекарственными средствами.</p> <p>Рецепты на лекарственные средства, содержащие наркотические средства, действительны в течение 5 дней. Рецепты на психотропные лекарственные средства действительны в течение 10 дней со дня выписки рецепта, все остальные рецепты – в течение 2 месяцев и до 1 года, в соответствии с пунктом 18 вышеуказанных Правил.</p> <p>2. Наркотические и психотропные лекарственные средства с истекшим сроком годности, бой, брак, остатки наркотических лекарственных средств, сданные родственниками умерших больных, подлежат списанию и уничтожению не менее одного раза в месяц комиссией, создаваемой приказом организации здравоохранения или аптечной организации (не менее пяти человек) под председательством руководителя организации, в присутствии представителя уполномоченного государственного органа по контролю наркотиков, с оформлением соответствующего акта по прилагаемой форме.</p>	<p>Прикрепление больных к аптекам в новых реалиях не оправдывает себя. Это было оправданным в советское время, когда аптеки принадлежали государству и ассортимент аптек был известен лечебным организациям.</p> <p>Срок действительности рецепта в течении 5 дней – это очень мало, так как в стране наблюдается очень низкая физическая доступность и пациенты с рецептами не могут приобрести наркотические анальгетики, потому что мало аптек отпускающие эти препараты.</p> <p>Каждый месяц собирать комиссию из пяти человек – это излишние нагрузки для врачей и медсестер. Нужно увеличить сроки уничтожение и сократить состав комиссии до 3 человек</p>

Список литературы:

1. Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей: Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками // М.: Организация Объединенных наций, 2011. 610 с.
2. Постановления Жогорку Кенеша от 26 января 2017 года № 1293-VI О состоянии онкологической и гематологической служб Кыргызской Республики // URL: <http://www.kenesh.kg/ru/article/show/1455/ot-26-yanvarya-2017-goda-1293-vi-o-sostoyanii-onkologicheskoy-i-gematologicheskoy-sluzhnb-kirgizskoy-respubliki> (дата обращения 23.10.2019)
3. Закон Кыргызской Республики от 22 мая 1998 года №66 «О наркотических средствах, психотропных веществах прекурсорах» // URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/74/30?cl=ru-ru> (дата обращения 5.11.2019)
4. Коннор Стивен Р. Кыргызстан: оценка потребностей в паллиативной помощи // Бишкек, 2012. 112 с.
5. Закон Кыргызской Республики от 9 января 2005 года №6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» // URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1602> (дата обращения 5.11.2019)
6. Постановление Правительства КР от 22 июня 2004 года № 466 «Правила осуществления гос контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (НСПВП) в КР» // URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/55507?cl=ru-ru> (дата обращения 28.10.2019)
7. Постановление Правительства КР от января 2011 года №2 «Об утверждении порядка выписывания рецептов на ЛС и об их отпуске в КР» // URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/94003> (дата обращения 30.10.2019)
8. Постановление Правительства КР от 18 февраля 2011 года №54 «О порядке учета, хранения и использования НС и ПВп в КР» // URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/94051> (дата обращения 5.11.2019)

Об авторах:

Чолпонбаев Космосбек Сариевич – Министр здравоохранения Кыргызской Республики, профессор кафедры управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств им. профессора Э.С. Матыева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, доктор фармацевтических наук, профессор, Кыргызская Республика, Бишкек

Тургуналиева Милана Айбековна – аспирант кафедры управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств им. профессора Э.С. Матыева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика, Бишкек, turgunaliyeva88@bk.ru

Дооталиева Сайрагуль Чыныбековна – и.о заведующего кафедры управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств им. профессора Э.С.Матыева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, кандидат фармацевтических наук, Кыргызская Республика, Бишкек, dssaira@mail.ru

Kosmosbek Sarievich Cholponbaev – Minister of health of the Kyrgyz Republic, Professor of the Department of Management and Economics of Pharmacy, Drug Technology of the Kyrgyz State Medical Academy, Doctor of Pharmaceutical sciences, Professor, Kyrgyz Republic, Bishkek

Milana Aybekovna Turgunaliyeva – graduate student of the Department of Management and Economics of Pharmacy, Drug Technology of the Kyrgyz State Medical Academy, Kyrgyz Republic, Bishkek

Sairagul Chinibekovna Dootaliyeva – acting head of the Department of Management and Economics of Pharmacy, Drug Technology of the Kyrgyz State Medical Academy, candidate of Pharmaceutical sciences, Kyrgyz Republic, Bishkek

© Чолпонбаев К.С., Тургуналиева М.А., Дооталиева С.Ч., 2020

РАЗДЕЛ IV.

МАТЕРИАЛЫ ШКОЛЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

Карташков Д.В.

БИОЭТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЫНОЧНОЙ МОДЕЛИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДОНОРСКИХ ПОЧЕК

В статье обзревается современное состояние нефрологической помощи в России и мире. Автором рассматриваются основные аргументы за и против внедрения института платы за донорство почки, разрешения на их рыночное обращение. Проанализированы и сопоставлены биоэтические, общеэтические и экономические особенности модели платного донорства в сравнении с моделью безвозмездного донорства. На основе проведённого анализа сделаны выводы об этической приемлемости и высокой эффективности модели рыночного обращения почек, нарушении принципа автономии воли лица императивным государственным запретом на плату за донорство.

Ключевые слова: биоэтика, трансплантация, пересадка почки, плата за донорство, автономия воли, рыночная экономика

Dmitry Kartashkov

BIOETHICAL ANALYSIS OF MARKET MODEL OF DISTRIBUTION OF DONOR KIDNEYS

The article reviews the current state of nephrological care in Russia and in the world. The author discusses the main arguments for and against the introduction of the institution of kidney donation fees, permission for their market circulation. The bioethical, general ethical and economic factors of paid donation model are analyzed and compared with gratuitous donation model. Based on the analysis, conclusions are drawn about the ethical acceptability and high efficiency of the market model of kidney circulation, violation of the principle of autonomy of will of a person by an imperative state ban on donation fees.

Keywords: bioethics, transplantation, kidney transplant, payment for organ donation, autonomy of will, market economy

На сегодняшний день с точки зрения биоэтики и права плата за донорство считается недопустимой. Эта позиция закреплена на уровне официальных документов ООН и ВОЗ, в законодательстве подавляющего большинства государств, а также активно поддерживается международным академическим сообществом. С нашей точки зрения такой запрет носит догматический характер, не подкрепляется достаточно вескими этическими соображениями. В данной статье основные аргументы сторонников и противников легализации рыночного обращения органов (на примере почек) будут проанализированы с точки зрения их биоэтической оправданности, в

первую очередь через призму классических принципов биоэтики, предложенных Т. Бичампом и Дж. Чилдрессом [5] с целью сделать вывод: действительно ли плата за донорство является этически неприемлемой?

В настоящее время вопрос с обеспечением спроса на донорские почки в России и мире остаётся нерешённым. По данным Министерства здравоохранения и социальных служб США в очереди за донорской почкой на сегодняшний день находится 94908 человек, в 2019 г. было проведено 33175 пересадок, из которых только 6149 от живого донора [13]. По оценкам Американской нефрологической ассоциации в период с 1988 по 2018 г. в связи с невозмож-

стью получить донорскую почку в очереди за органом скончалось 962000 человек, при этом, предполагается, что в период с 2018 по 2026 гг. количество преждевременных смертей по этой причине составит 465000 человек, т.е. прогнозируются негативные тенденции [7]. В Российской Федерации за 2018 год в листе ожидания находилось 6219 пациентов, что составляло примерно 14% от общего числа пациентов, получающих диализное лечение, была проведена 1361 трансплантация почки [2]. Достоверных данных относительно нехватки донорских почек в Российской Федерации нет, по примерным оценкам Ассоциации нефрологов обеспеченность населения донорскими почками в 6-7 раз ниже, чем в развитых странах [1]. Действующая система нефрологической помощи не является эффективной и не удовлетворяет потребности больных даже в развитых странах. В связи со сложившейся ситуацией в зарубежной литературе всё чаще звучат предложения по внедрению ограниченной рыночной системы распределения донорских почек: введение разрешения на их обращение.

Аналитическое обобщение зарубежной литературы позволило выявить основные аргументы сторонников введения рыночного обращения почек и её противников, а также проистекающие из аргументации этические конфликты.

Основной аргумент сторонников легализации платы за донорство почки – противоречие патерналистского запрета на распоряжение собственным телом принципу автономии воли лица. Так, если пациент принимает для себя решение пойти на операцию по удалению почки за плату, то этот акт есть ни что иное, как реализация его воли, а запрет на эту деятельность противоречит индивидуальной свободе [11]. Противники рыночной модели чаще всего приводят контраргумент, согласно которому свобода выбора донора, его автономия, нарушается в случае продажи им своего органа, т.к. на такое действие, по их мнению, может пойти только человек в состоянии крайней бедности. Такое положение вещей именуется «экономическим принуждением» к донорству и прирав-

нивается к лишению донора автономии воли (презюмируется, что у субъекта нет альтернативного выбора) [10]. По нашему мнению, аргумент об экономическом принуждении является несостоятельным. Этот аргумент последовательно опровергает американский философ Люк Семрау, который проводит видимое разграничение между фактором, именуемым «экономическим принуждением» и непосредственным принуждением лиц к донорству [11: 442]. Он разделяет феномен принуждения по критерию первопричины. Так, обыкновенное принуждение, выражается давлением на субъекта (требованием продать или отдать орган), осуществляемым через различные социальные механизмы, например, активную пропаганду донорства, или юридические механизмы, например, принудительную сдачу крови под страхом наказания. Такое давление пропадает, как только специфическое конкретное требование исполнено. Субъект прекращает испытывать давление после отчуждения органа, но может испытывать какие-то иные лишения, связанные уже с последствиями отсутствия почки. Принципиально иным является экономическое принуждение с возможностью продажи. В этом случае давление является ненаправленным, никто не требует от субъекта отдать свой орган, однако опция продажи органа, доступная субъекту, выступает в качестве варианта погашения такого давления. При этом, сам запрет продажи почки никак не снимает с субъекта социально-экономическое давление, а лишь не даёт ему это давление минимизировать, ограничивая набор возможных опций. Стоит признать, что два этих феномена могут совпадать по материальным последствиям, но являются совершенно разными с точки зрения их моральной оценки. В первом случае феномен носит насильственный характер, а во втором является результатом выбора лица, а право выбора подразумевает и право на ошибку.

Помимо проблемы патерналистского запрета на продажу органов, противоречащего автономии воли лица остро стоит этическая дилемма баланса интересов донора и реципиента. Аргументация противников

рыночной модели разнообразна. Как следует из многочисленных опросов доноров чёрного рынка, лица, которые пошли на продажу почки, зачастую страдают от серьёзных последствий отторжения органа, как биологического, так и социального генеза. Так, на чёрном рынке органов пациенты зачастую не получают должного послеоперационного наблюдения, что может приводить к осложнениям в краткосрочной перспективе, таким как: интенсивные боли в области оперирования или в спине, гипертония, снижение функций выделительной системы и др. Также в долгосрочной перспективе из-за отсутствия органа появляется сильная утомляемость, что не позволяет донорам устроиться на работу, состоящую преимущественно из физического труда (часто, единственно доступную для бедных слоёв населения). Среди негативных социальных фактов фигурируют: депрессия вследствие социальной стигматизации, проблемы в семье, психологические трудности, в том числе и на религиозной почве [6: 11]. К примеру, в ходе интервью с донором из Бангладеш, последний высказывался, что «будет наказан Аллахом за то, как распорядился Его дарами» [8: 74]. Все эти опасения абсолютно оправданы с моральной точки зрения, однако упускается из виду несколько важных соображений.

Во-первых, регулируемый рынок не тождественен чёрному рынку. Многие негативные последствия материального и экономического характера на регулируемом рынке представить гораздо сложнее. Так, при наличии контроля со стороны надзорных органов, соответствующие операции могут выполняться только при наличии информированного добровольного согласия со стороны пациента, при условии обеспечения качественного послеоперационного ухода, а в случае неблагоприятных последствий по вине врача или медицинской организации донору будет доступен широкий арсенал средств правовой защиты. Представляется маловероятным, что на сегодняшний день такие гарантии имеются у доноров на чёрном рынке, а равно маловероятно, что на регулируемом легальном рынке такие гарантии у доноров будут от-

сутствовать. На это возникают справедливые возражения, что вред донору не сводится к физическому или экономическому, но также имеет и психологическое и социальное измерение. Этот тезис верен, однако, регулируемый рынок всё равно является более привлекательным, так как минимизирует хотя бы экономическую и социальную часть вреда в сравнении с чёрным рынком, что уже свидетельствует о преимуществе такой модели. Это признают даже ярые противники рыночной системы, которые в то же время утверждают, что не стоит концентрироваться исключительно на этих аспектах проблемы и игнорировать психологические факторы [6: 8]. Мнение о необходимости внедрения платы за донорство на легальном рынке достаточно однозначно в среде экономистов. Так, в 2009 г. был проведён опрос среди членов Американской ассоциации экономистов, который показал, что 75% респондентов выступают за введение платы, и лишь 15% против, причём абсолютных противников всего 4,7%, а абсолютных сторонников 25% [14]. Тем не менее, даже если мы согласимся с особой важностью психологических проблем, с которыми гипотетически могут столкнуться доноры и на регулируемом рынке, есть второй, более веский этический аргумент за внедрение рыночной системы.

Биоэтика, будучи особым направлением этики, как философии, строится не только на своих особых принципах, но и на принципах общеэтических. Одним из основных принципов этики выступает концепция «благоговения перед жизнью», сформулированная Альбертом Швейцером. Согласно его учению «добро состоит в поддержании, сохранении и вспомоществовании жизни, а уничтожение, вред или препятствование жизни – есть зло» [3]. Любой аргумент относительно вреда потенциальному донору совершенно игнорирует то обстоятельство, что акт продажи почки спасает жизнь реципиента. Экономический анализ, проведённый на примере Чили, показывает, что платное донорство позволяет обеспечить абсолютно всех нуждающихся донорскими почками, экономия при этом средства государственно-го бюджета, даже если все выплаты донорам

будут осуществляться за счёт государства [9: 2]. Более того, в реально существующей системе платного донорства, реализованной в Иране, в некоторых регионах страны вместо листа ожидания реципиентов существует лист ожидания живых доноров, желающих отдать свою почку за соответствующее денежное возмещение [4: 195]. Опасения противников внедрения рыночной модели, по большей части, оправданы, однако, система, которая институционализирует смерть, как нечто неизбежное во имя каких-либо иных целей (сохранение психологического здоровья донора, недопустимость объективации человеческого тела и др.) является этически неприемлемой исходя из принципа «благоговения перед жизнью». Учитывая, что интерес в сохранении жизни предшествует интересу к сохранению качества жизни, баланс интересов донора и реципиента должен выстраиваться исходя из принципа примата жизненно-важного интереса реципиента. Это соображение также соответствует принципу справедливой справедливости, как он понимается в контексте биоэтики, то есть: «каждый должен получать то, что ему причитается». Реципиент получает жизненно-необходимый орган, а донор получает справедливое возмещение, такое, на которое он сам сознательно согласился.

Ещё одно противоречие возникает в плоскости принципа *primum non nocere*. Так, этически неприемлемым для врача считается удалять человеку орган без медицинских показаний по одному лишь желанию пациента. Возникает справедливый вопрос: почему этично проводить такую операцию, если донор отдаёт орган близ-

кому человеку? Самый распространённый ответ состоит в соображении, что человек полагает для себя пользу превалирующей над полученным вредом. При этом, этически корректной считается «психологическая польза от сохранения жизни близкому человеку» [12]. Такое утверждение носит сугубо догматический характер и представляется нам необоснованным. Представляется совершенно неясным, какое моральное основание имеет государство для запрета подобной операции, если все участники такой операции согласны на её проведение. Из этого простого соображения можно сделать вывод, что этическое противоречие с принципом *primum non nocere* может быть легко разрешено по модели права на отказ от проведения аборт: если врач считает для себя этически неприемлемым проведение подобной операции, то представляется разумным уважать его право воздержаться от её проведения.

Таким образом, анализ аргументации сторонников и противников рыночной модели показал, что плата за донорства не является неэтичной с точки зрения принципов биоэтики. В частности, институционализируемая система платы за донорство позволяет обеспечить всех нуждающихся пациентов необходимым органом, что в высшей степени соответствует критерию «благоговения перед жизнью» и никак принципиально не противоречит ни максимуму *primum non nocere* и «делай благо», ни принципу справедливости. В то же время, запрет на распоряжение собственным органом грубо нарушает принцип автономии лица, что является однозначно этически неоправданным.

Список литературы:

1. Ассоциация нефрологов. Состояние нефрологической помощи в России [Электронный ресурс] URL: http://nephrologus.ru/?page_id=3054 (дата обращения: 13.11.2019)
2. Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2018 году. XI сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2019. 21(3). С. 7-32.
3. Швейцер А. Культура и этика. Перевод Н.А.Захарченко и Г.В.Колшанского. Общая редакция и предисловие проф. В.А.Карпушина. М.: Прогресс, 1973. 471 стр.
4. Bastani B. The Iranian model as a potential solution for the current kidney shortage crisis. *Int Braz J Urol*. 2019. 45(1). P. 194-196.

5. Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2013. 459 p.
6. Koplin J. (2014) Assessing the Likely Harms to Kidney Vendors in Regulated Organ Markets, *The American Journal of Bioethics*, 14:10. P. 7-18, P. 8
7. McCormick F., Held P.J., Chertow G.M. The Terrible Toll of the Kidney Shortage. *JASN* Dec 2018. 29 (12). P. 2775-2776.
8. Moniruzzaman, M. (2012), «Living Cadavers» in Bangladesh: Bioviolence in the Human Organ Bazaar. *Medical Anthropology Quarterly*, 26: P. 69-91.
9. Parada-Contzen. M., Vásquez-Lavín F. An analysis of economic incentives to encourage organ donation: evidence from Chile. *Lat Am Econ Rev* (2019) 28: 6. P. 1-18.
10. Rippon S. Imposing options on people in poverty: The Harm of a Live Donor Organ Market. *J Med Ethics* 2014. 40:1. P. 45-50.
11. Semrau L. The best argument against kidney sales fails. *Journal of Medical Ethics* 2015. 41. P. 443-446.
12. Spital, A. and Taylor, J. S. (2008), *Primum Non Nocere and Living Organ Donation: A Response to Dr. Klintmalm*. *American Journal of Transplantation*, P. 1352-1353
13. U.S. Department of Health & Human Services Data. [Электронный ресурс] URL: <https://optn.transplant.hrsa.gov/data/> (дата обращения: 13.11.2019).
14. Whaples R. The Policy Views of American Economic Association Members: The Results of a New Survey, *Econ Journal Watch*, V. 6, N. 3, September 2009. P. 337-348.

Об авторе:

Карташков Дмитрий Владимирович – магистрант первого года обучения Факультета права Национального исследовательского университета Высшая школа экономики (НИУ ВШЭ), Москва, kartush123@yandex.ru

Dmitry Vladimirovich Kartashkov – undergraduate Magister of law, Faculty of Law, National Research University Higher School of Economics, Moscow

© Карташков Д.В., 2020

Полешук Д.Е.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

В статье рассмотрены актуальные вопросы квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками. Проанализированы судебные решения по данной категории дел, выявлены некоторые проблемы квалификации, связанные с определением формы вины, разграничением профессиональных и служебных функций, установлением прямой причинно-следственной связи и неправильной оценкой результатов экспертиз. На основе проведенного исследования автор высказывает и обосновывает необходимость создания новой формы использования специальных знаний в правоохранительных органах путём организации консилиума из следственных и медицинских работников.

Ключевые слова: квалификация, Следственный комитет Российской Федерации, ятрогенное преступление, ненадлежащее оказание медицинской помощи, форма вины, причинно-следственная связь

Daria Poleshchuk

PROBLEMS OF QUALIFICATION OF CRIMES COMMITTED BY MEDICAL WORKERS

In this article the relevant issues of nature of the offense committed by healthcare workers were discussed. Judicial decisions related to this category of cases were analyzed, some qualification problems have been identified related to determining the form of guilt, delimiting professional and official functions, establishing a direct causal relationship and incorrect assessment of the results of examinations. On the basis of the study, the author expresses and justifies the need to create a new form of use of special knowledge in law enforcement by organizing a consultation of investigative and medical professionals.

Keywords: qualification, the investigative committee of the Russian Federation, iatrogenia, improper medical assistance, inadequate medical care, form of guilt, cause-effect relationship

Здоровье – высшее благо человека, при отсутствии которого большинство других благ теряют свою актуальность. К сожалению, навредить может и тот, на кого законодателем возложена функция восстановления и улучшения здоровья. Неблагоприятные исходы могут случаться даже у высококвалифицированного специалиста в благоприятных условиях, ведь медицина неизбежно сопряжена, а более того, она неотделима, от непредсказуемых последствий. Однако эти последствия могут возникнуть вследствие совершения действий преступных.

Уголовные дела в отношении врачей регулярно фигурируют в СМИ и в статистиче-

ских отчётах правоохранительных органов. По данным Следственного комитета Российской Федерации за последние шесть лет количество возбужденных уголовных дел увеличилось в семь раз, а количество заявлений исчисляется тысячами [8]. Даже если производство прекращают – сам факт возбуждения уголовного дела наносит не всегда поправимый ущерб репутации медицинского учреждения и работника, лишая его доверия пациентов и изолируя от нормальной практической деятельности. В этих условиях правоохранитель не имеет право на ошибку.

Несмотря на то, что существующие «медицинские» составы (ст. ст. 109, ст. 118,

ст. 124, ст. 293 УК РФ и др.) предусматривают посягательства на разные объекты, при рассмотрении материалов проверок и уголовных дел возникают сложности в выборе правильной нормы. На примере одного преступного деяния можно продемонстрировать возможность вменения разных составов.

Обратимся к резонансному делу в городе Калуга, когда врач — акушер-гинеколог, заведующая отделением центральной районной больницы, в целях недопущения повышения показателя детской смертности на конец года, договорилась с заместителем главного врача зарегистрировать слабого ребенка как мертворожденного, видя признаки живорождения, после выхода ребенка из утробы матери. Заместитель главного врача, в свою очередь, зная обстоятельства преждевременных родов матери, посоветовал зафиксировать интранатальную гибель плода. То есть, медицинские работники осознавали, что после рождения ребенок был некоторое время жив, но скрыли бездействие по спасению его жизни, а это бездействие выразилось в оставлении новорожденного в безлюдной комнате и непроведении всех необходимых реанимационных мероприятий, при наличии условий, возможностей и оборудования [9].

В данном примере видится возможным рассмотрение 4-х различных составов. Предшествующая договорённость лиц на причинение смерти, могла бы свидетельствовать о пп. «в», «ж» ч. 2 ст. 105 УК РФ, не учитывающей профессионального статуса медика. Именно такую позицию отстаивал государственный обвинитель. Однако заключение о возможности сохранения жизни при оказании своевременной медицинской помощи не смогло явиться основанием для вывода о наличии у медиков косвенного умысла на причинение смерти в результате бездействия. Если бы следователи смогли доказать факт неполных и ненадлежащих, но всё-таки, действий со стороны медицинских работников, речь бы шла о вменении причинения смерти по неосторожности по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Занимаемая лицом должность заведующей отделением, подводит нас к возможности квалификации ее дея-

ния по ст. 293 УК РФ (субъект преступления – должностное лицо, отвечающее требованиям примечания к ст. 285 УК РФ.) В реальных условиях, разграничить недобросовестное или небрежное отношение лица именно к своей службе с ненадлежащим исполнением своих обязанностей достаточно сложно. Медицинский работник хоть и была заведующим отделением, однако совершила деяние в рамках своей врачебной деятельности в форме бездействия – без уважительных причин, не выполнила своих обязанностей по организации своевременной медицинской помощи новорождённому, который в течение короткого времени скончался, тем самым совершила деяние, предусмотренное ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному».

Приведённое уголовное дело показывает, насколько тонка грань между разными преступлениями, и что один на первый взгляд незначительный факт, может повлиять на квалификацию в целом, и более того – на последующее наказание.

Квалификация не ограничивается простым выбором нормы из перечня существующих, она содержит длительный многоаспектный подход с полным исследованием совершенного деяния. Анализ следственной и судебной практики позволяет выявить самые частые трудности, возникающие в этом процессе.

Во-первых, сложность определения субъективной стороны деяния – конкретной формы вины. Ведь если бы в рассмотренном примере, умысел был бы установлен, речь бы шла не о двух годах лишения свободы условно, а о реальном лишении свободы от 8 до 20 лет.

Во-вторых, необходимо чётко разграничивать профессиональные и служебные функции медицинских работников.

Так, заведующая терапевтическим отделением – врач-терапевт, была осуждена по ч. 2 ст. 293 УК РФ. Зная из результатов клинических и лабораторных исследований о наличии у пациента декомпенсации сахарного диабета с явлениями острой почечной недостаточности, она оказала неполную и неквалифицированную помощь, что привело к наступлению смерти. Согласно приго-

вору суда, смерть потерпевшей наступила от того, что врач проигнорировала требования Регионального стандарта и не провела необходимые исследования крови и мочи, а также, не заменила противопоказанные лекарственные препараты на инсулины короткого действия, и не внесла соответствующих корректив в лечение и после резкого ухудшения состояния больной. В указанном случае, лицо совершила преступление как лечащий врач, а не как должностное лицо. При таких обстоятельствах, действия осужденной были квалифицированы следствием и судом первой инстанции по ч. 2 ст. 293 УК РФ неправильно и подлежали переквалификации по ч. 2 ст. 109 УК РФ, что в последствии и было сделано Судебной коллегией по уголовным делам областного суда [10].

В-третьих, затруднение в установлении прямой причинно-следственной связи действий с наступившими последствиями. Разумеется, ведь если смерть была закономерным итогом развившегося тяжелого заболевания, не может быть речи о наступлении ответственности медика.

Например, медицинский работник, прибывший в составе бригады скорой помощи к потерпевшему по вызову на дом, был осуждён по ч. 2 ст. 109 УК РФ, так как ненадлежащим образом исполняя свои профессиональные обязанности, допустил дефекты в оказании медицинской помощи, которые выразились в том, что, выслушав жалобы больного на боли в сердце, не в полном объёме собрал анамнез заболевания, а также, изучив данные электрокардиографического исследования сердца, неверно расшифровал, описал и интерпретировал электрокардиографические данные, сделал неправильный вывод об отсутствии острого коронарного синдрома, выставив неправильный диагноз в виде токсического действия алкоголя, сославшись только на наличие запаха алкоголя без учета причины обращения в скорую помощь - боли за грудиной. Однако причинно-следственной связи между действиями врача скорой помощи и наступившей смертью проведённой экспертизой не обнаружено – поскольку на момент осмотра инфаркта не было, более того, после указанного случая, пациент на-

блюдался у других врачей в поликлинике, у которых была возможность назначить ЭКГ в динамике, предотвратить развитие заболевания острого коронарного синдрома и наступления смертельного исхода. То есть, это не дало суду оснований сделать вывод о виновности врача как по ч. 2 ст. 124 УК РФ, так и по ч. 2 ст. 109 УК РФ, ведь по результатам экспертизы смерть наступила не в результате комплекса медицинских действий, а из-за тампонады сердца кровью, развившейся вследствие острого трансмурального инфаркта миокарда, которого на момент осмотра врачом не было и наступление которого никак не связано с проведёнными лечебными мероприятиями [11].

Анализ данного случая позволяет выделить следующую сложность, возникающая при квалификации преступлений, – неправильная или неполная оценка результатов проведённых экспертиз. В итоге неосторожное преступление небольшой тяжести может стать умышленным тяжким. Например, при квалификации ненадлежащих действий медицинского работника по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, вместо ч. 2 ст. 109 УК РФ. Безусловно, данная практика противоречит задачам и принципам уголовного закона.

Внимание законодателя необходимо направить на повышение уровня специальных знаний в правоохранительных органах, а также всё большем привлечении к участию в деле медицинских специалистов различных профилей. Эффективной мерой мог бы стать полный пересмотр существующей формы использования специальных знаний. Например, непосредственная совместная работа сотрудников следствия – следователей, криминалистов, оперуполномоченных и медицинских работников – лиц, проводящих экспертизу качества медицинской помощи, и судебно-медицинских экспертов, – в форме консилиума, которому предшествует самостоятельно проделанная работа в рамках своих должностных полномочий.

Ведь возложить всю ответственность на медика, усомнившись в его квалификации и знаниях, просто. Однако приведёт ли это к становлению надежной и доступной системы здравоохранения?

Инкриминировать следователю обвинительный уклон и содействие массовой компании против врачей можно. Только способствует ли это качественному и полному предварительному расследованию?

Медицина – многогранная отрасль, где имея большой опыт работы, высшую квалификацию, передовое техническое обеспечение – никто не застрахован от неблагоприятного исхода. Более того,

ощутимая нехватка медицинских специалистов должна побудить нас к рассмотрению таких нововведений, которые не спровоцируют массовых уход из отрасли. Ведь, на пути к сохранению и укреплению здоровья граждан, повышению качества и доступности медицинской помощи, государство не должно вызывать у медицинского работника чувство страха перед новым пациентом.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 04.11.2019) // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, №25, ст. 2954.
2. Багмет А.М., Черкасова Л.И. Некоторые вопросы квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 6(210). С. 8-10.
3. Багмет А.М., Черкасова Л. И. Профессиональные ошибки и дефекты при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка // Российский следователь. 2015. № 1. С. 15-17.
4. Багмет А.М., Петрова Т.Н. Совершенствование уголовного законодательства о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2016. № I. С. 19-24.
5. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Ятрогенная патология - актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская экспертиза. М., 1998, № 6. С. 3-8.
6. Сергеев Ю.Д. Ненадлежащее оказание медицинской помощи – важная научно-практическая проблема для специалистов в области медицинского права // Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права. 2016. Т. 2. №2 (4). С. 13-19.
7. Сергеев Ю.Д. Ненадлежащее оказание медицинской помощи и пути ее профилактики – сверхактуальная научно-практическая проблема // Медицинское право, 2016. №2 (66). С. 3-5
8. Председатель Следственного комитета России принял участие в VII Съезде Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» // URL: <https://sledcom.ru/news/item/1396939/> (дата обращения: 23.09.2019)
9. Апелляционное определение по делу № УК-2-11/2018 от 6 марта 2019г // URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 23.09.2019)
10. Кассационное определение № 22-3875/2011 от 27 декабря 2011г. по делу № 22-3875/2011 // URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 23.09.2019)
11. Приговор № 22-1174/2016 от 23 июня 2016 г. по делу № 22-1174/2016 // URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 23.09.2019)

Об авторах:

Полещук Дарья Евгеньевна – обучающаяся 5 курса факультета подготовки следователей Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, Москва, frauzilbersS@yandex.ru

Научный руководитель: Пospelova Светлана Игоревна – доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, Москва, medpravo.pospelova@mail.ru

Daria Evgenevna Poleshchuk – 5th year student of the faculty of internship investigators, Moscow academy of the Investigative Committee of the Russian Federation, Moscow

Scientific adviser: Svetlana Igorevna Pospelova – associate professor of the Medical Law Chair, Sechenov First Moscow State Medical University, PhD in Law

© Полещук Д.Е., 2020

Радов В.В.

НЕОБОСНОВАННОСТЬ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШЕННОГО МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ, ПО ст. 238 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Основываясь на практике квалификации ятрогенных преступлений, в статье была рассмотрена проблема соотношения ст. 109 и ст. 238 УК РФ. Выявлена различная квалификация ненадлежащего оказания медицинской помощи не только в позициях ученых, но и в судебной практике. Причина заключается в бланкетном характере диспозиции ст. 238 УК РФ, предполагающей необходимость обращения к иным нормативным положениям, не имеющим правовой определенности в части регулирования медицинской помощи и услуги. На основе проведенного исследования, представляется спорным признание медицинской услуги потребительской, в связи с чем автор пришел к выводу о необоснованности квалификации ненадлежащего оказания медицинской помощи по ст. 238 УК РФ.

Ключевые слова: проблемы квалификации, ятрогенное преступление, ненадлежащее оказание медицинской помощи, статья 238 УК РФ, медицинская услуга

Vladislav Radov

GROUNDLESSNESS OF USING ARTICLE 238 FOR QUALIFYING A CRIME COMMITTED BY A MEDICAL WORKER

The author considers the points of ratio of Articles 109 and 238 of the Criminal Code of The Russian Federation taking into account the practice of qualification of iatrogenic crimes. Different qualifications of inadequate medical care were revealed not only in the positions of scientists, but also in judicial practice. It is difficult that the blanket disposition of Art. 238 of the Criminal Code of RF suggests the need for other regulatory provisions. Besides the issue of recognizing health care service as consumer service is still being discussed. The author came to the conclusion that it is unreasonable to use Article 238 of the Criminal Code of RF for qualifying improper provision of health care by negligence.

Keywords: problems of qualification, iatrogenic crime, improper provision of health care, Article 238 of the Criminal Code of RF, health-care service

На фоне снижения общего уровня преступности в Российской Федерации [3, с. 48] наблюдается увеличение числа преступлений, совершенных медицинскими работниками в связи с ненадлежащим оказанием (неоказанием) медицинской помощи и повлекших наступление смерти или вреда здоровью человека [1, с. 12].

В судебной практике ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее наступление смерти или тяжкого вреда здоровью, как правило, квалифицируется по ч. 2 ст. 109 (ч. 2 ст. 118) или по п. «в» ч. 2 ст. 238

Уголовного кодекса РФ (далее – УК РФ) [9]. Первый вариант квалификации данного деяния не подвергается критике, однако квалификация по ст. 238 УК РФ вызывает сложности не только в науке, но и в правоприменительной деятельности.

По причине рассогласованности нормативных положений и слабой разработанности критериев разграничения рассматриваемых составов, схожее формулирование в приговоре механизма ненадлежащего оказания медицинской помощи, зачастую, влечет различную квалификацию.

Так, Раменским городским судом Московской области был вынесен приговор от 19.12.2017, которым врача признали виновным в совершении преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, а именно за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, повлекших по неосторожности смерть человека. Судом было установлено, что при оказании медицинской помощи потерпевшему в нарушение Приказа Минздрава РФ подсудимой не проведена совокупность обязательных обследований, среди которых коагулограмма, дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) нижних конечностей, рентгенография легких. Отсутствие таких обследований повлекло несвоевременную диагностику ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии), а также ошибочную тактику ведения больного, что, как заключила комиссия экспертов, находится в причинной связи с последующей смертью пациента. В приговоре суд прямо указывает, что подсудимой «была нарушена должностная инструкция врача-пульмонолога, согласно которой врач в стационаре не оказал квалифицированную медицинскую помощь по своей специальности» [15]. Последнее квалифицировано судом как оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни пациентов.

В апелляционном порядке приговор не пересматривался. Однако, в кассационном представлении заместитель Генерального прокурора РФ указывал на неверную квалификацию деяния судом первой инстанции, усматривая в содеянном признаки преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Приговор был отменен и направлен на новое рассмотрение [13].

Аналогичные действия по ненадлежащему оказанию медицинской помощи, а именно по не проведению полного и своевременного обследования описаны в нескольких приговорах, в которых квалификация по ст. 238 УК РФ была подтверждена решениями вышестоящих судов.

Так, приговором Ленинского районного суда Республики Чечни от 09.06.2017 врач был признан виновным в совершении

преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ в связи с тем, что произвел неполное обследование, на основании которого выставил неверный диагноз: «Впоследствии, врач достоверно зная, что не провел полное обследование, а именно в нарушение своей должностной инструкции без проведения ЭКГ, рентген-обследования, флюорографии, УЗИ-сердца, без консультации педиатра, невролога и кардиолога, не приняв меры к полному обследованию пациента, произвел удаление искривлённой части носовой перегородки. Позднее, в этот же день состояние здоровья потерпевшего ухудшилось, и наступила биологическая смерть» [16]. Обжалованный в апелляционном и кассационном порядке приговор был оставлен без изменения Верховным судом Республики Чечни [11].

В последнее время квалификация ненадлежащего оказания медицинской помощи с неблагоприятным исходом (выразившемся в причинении смерти по неосторожности вследствие неполного обследования пациента, неверной постановке диагноза, неверной тактике лечения) по ст. 238 УК РФ не являются редкостью. Вместе с тем, многие правоприменители продолжают квалифицировать указанные действия (бездействие) и по ч. 2 ст. 109 УК РФ [12].

Например, президиум Самарского областного суда признал правильной квалификацию действий врача отоларинголога по ч. 2 ст. 109 УК РФ приговором Промышленного районного суда г. Самары от 15 марта 2017 г. Деяние состояло в следующем: «Ненадлежащее исполнение Великановым А. К. своих профессиональных обязанностей, выраженных в непроведении аспирационной пробы, повлекло внутрисосудистое попадание анестетика местного действия – лидокаина, в кровеносное русло и его системное распределение в организме, явившееся причиной острого отравления и дальнейшего наступления смерти» [14]. Следовательно, дефект оказания медицинской помощи состоял именно в неполном обследовании, то есть в непроведении аспирационной пробы.

Стоит заметить, что рассматриваемые составы преступлений по признаку тяжести

относятся к принципиально различным категориям, установленным ст. 15 УК РФ:

1. преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 109 УК РФ с неосторожной формой вины имеет санкцию в виде лишения свободы на срок не более трёх лет, то есть представляет собой преступление небольшой тяжести;
2. преступление, предусмотренное п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ с умышленной формой вины имеет санкцию в виде лишения свободы на срок до шести лет, то есть признается тяжким преступлением.

Как следствие, существенным образом отличаются и сроки давности, закрепленные ст. 78 УК РФ, в соответствии с которой, привлечение к уголовной ответственности виновного лица по ч. 2 ст. 109 УК РФ допускается в течение двух лет после совершения преступления, тогда как по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ – в течение 10 лет.

В этой связи правильное применение уголовно-правовой нормы, её обоснованный выбор при квалификации ненадлежащего оказания медицинской помощи, повлекшего по неосторожности причинение смерти пациенту, имеет важное значение в защите прав и свобод человека и гражданина.

Отсутствие единообразия в применении уголовно-правовых норм объясняется прежде всего бланкетным характером диспозиции ст. 238 УК РФ, которая предполагает, что для установления конструктивных признаков данного состава преступления, надлежит обращаться к иным нормативным положениям.

1. Закон РФ «О защите прав потребителей» регулирует отношения между потребителем и предпринимателем по продаже товаров, выполнению работ, оказанию услуг по заказу потребителя. Медицинская услуга в этом смысле должна обладать коммерческими характеристиками и предоставляться не в рамках медицинской помощи пациенту, а по заказу потребителя в целях удовлетворения его личных бытовых нужд.

2. Напротив, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская ус-

луга как составляющая медицинской помощи суть «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [7].

Ввиду использования законодателем не уголовно-правовых терминов, правоприменители по-разному толкуют содержание ст. 238 УК РФ. Во-первых, имеет место трудность отграничения медицинской помощи от медицинской услуги. Во-вторых, возникает вопрос: является ли медицинская услуга именно услугой в смысле законодательства о защите прав потребителей? В-третьих, неясно, каким требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей должна отвечать медицинская услуга?

В качестве критериев разграничения данных составов предлагаются самые разные основания. Так, Е.Г. Быкова и С.А. Яшков указывают, что предметом преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, могут быть только платные медицинские услуги. Следовательно, авторы допускают применение ст. 238 УК РФ при ненадлежащем оказании медицинской помощи и предлагают в качестве критерия разграничения рассматривать возмездный характер медицинской услуги [2, с. 64].

Данная позиция представляется несостоятельной ввиду того, что медицинские услуги, как элемент медицинской помощи, оказываются как на платной, так и на бесплатной основе. Как справедливо указывает К.В. Питулько, понятие медицинских услуг охватывает как обычные (изначально платные, основанные на договоре), так и экстраординарные (оказываемые в рамках отношений страхования) [10, с. 122].

Отметим, что услуга в потребительском правоотношении представляет собой совершение за плату определенных действий или осуществление определённой деятельности по заданию гражданина для удовлетворения личных (бытовых) нужд. Следовательно, говоря о медицинской услуге как предмете ст. 238 УК РФ, следует признать, что ее целью выступают личные, бытовые

нужды, с чем также нельзя согласиться. Стоит учитывать, что медицинская помощь, в рамках которой предоставляется медицинская услуга, представляет собой социальное право человека, гарантированное ч. 1 ст. 41 Конституции РФ.

Отсюда возникает необходимость правильного понимания услуги. На наш взгляд, целесообразно обозначить их деление на потребительские и социальные. К первым относятся, например, финансовые, юридические, консультационные, информационные услуги, а ко вторым – медицинские, образовательные. В данном случае, медицинская услуга рассматривается именно как составляющая медицинской помощи, то есть в значении, придаваемом ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

Комплексный подход разграничения одновременно по объективной, субъективной стороне и объекту посягательства предлагает С. В. Замалева, указывая, что состав преступления, предусмотренный ст. 238 УК РФ, отсутствует при ненадлежащем оказании медицинской помощи, потому что ятрогенное преступление, в отличие от него, предусматривает следующее:

1. оказание медицинской услуги представляет опасность исключительно для конкретного пациента, без реальной опасности для жизни или здоровья многих людей;
2. медицинский работник совершает деяние по неосторожности;
3. объектом посягательства является жизнь человека [4].

Такая позиция согласуется с разъяснениями, содержащимися в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 25.06. 2019 №18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьёй 238 Уголовного кодекса Российской Федерации». При данном подходе квалификация содеянного по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ допустима, например, когда медицинский работник оказывает медицинскую услугу в коммерческой сфере, применяя специальное оборудование без соответствующего сертификата, то есть осознает реальную опасность для жизни или здоровья любого потребителя такой услуги [6].

Ткачев И.О. полагает, что рассматриваемые составы преступлений соотносятся как общая и специальная норма. По его мнению, имеет место конкуренция уголовно-правовых норм по признаку предмета преступления, так как в ч. 2 ст. 109 УК РФ потерпевшим признается любой человек, а в п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ – только потребитель [17, с. 219]. На наш взгляд, столкновения норм в приведенном случае быть не может по причине различия собственно отношений, подлежащих уголовно-правовой охране. Обоснованно мнение Л.В. Иногамовой-Хегай, предлагающей под конкуренцией уголовно-правовых норм понимать «регулирование одного и того же отношения нормами, различающимися по объему или по содержанию» [5, с. 4].

При отграничении ч. 2 ст. 109 и п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ надлежит принимать во внимание, что деяния имеют схожий характер. Так, состав ст. 238 УК РФ предполагает нарушение требований безопасности (de facto – качества) оказания медицинской услуги, то есть соответствующих положений нормативных актов в сфере здравоохранения. Вместе с тем, ч. 2 ст. 109 УК РФ сформулирована таким образом, что фактически содержит отсылку к специальным нормативным предписаниям, регламентирующим деятельность лиц, занятых той или иной профессией (требованиям трудовой (служебной) функции) [8]. Отсюда считаем, что ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей и оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, нельзя рассматривать как общее и специальное.

Таким образом, полагаем целесообразным исходить из того, что медицинская услуга является элементом медицинской помощи и представляет собой не потребительскую, а социальную услугу. В этой связи, дефект, допущенный медицинским работником, независимо от его коммерческого характера, выраженный, например, в неполном обследовании пациента, неправильном диагнозе, неверном лечении, то есть в ненадлежащем оказании медицинской услуги для целей уголовно-правовой ква-

лификации необходимо рассматривать как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Реальная угроза безопасности жизни или здоровья потребителей, то есть любого потенциального пациента, в данном случае отсутствует, что исключает квалификацию содеянного как преступления против здоровья населения по гл. 25 УК РФ.

Следовательно, причинение медицинским работником смерти или тяжкого вреда здоровью пациенту по неосторожности вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи (услуги) подлежит квалификации по ч. 2 ст. 109 (ч. 2 ст. 118) УК РФ, тогда как квалификация данного деяния по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ является необоснованной.

Список литературы:

1. Бастрыкин А. И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. С. 11-14.
2. Быкова Е. Г., Яшков С. А. Медицинская услуга как предмет преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ // Вестник Московской академии СК РФ. 2019. №1. С. 62-65.
3. Доклад Генерального прокурора Российской Федерации Ю.Я. Чайки на заседании Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации // Прокурор. 2019. №2. С. 39-53.
4. Замалева С. В. К вопросу о квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 Уголовного кодекса РФ // Медицинское право. 2019. №1. С. 46-49.
5. Иногамова-Хегай Л. В. Концептуальные основы конкуренции уголовно-правовых норм: монография. М.: НОРМА: ИНФРА-М, 2015. 174 с.
6. О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьёй 238 Уголовного кодекса Российской Федерации: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25 июня 2019 г. №18 // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2019. №9.
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21 нояб. 2011 г. №323-ФЗ // Собр. законодательства РФ. 2011. №48. Ст. 6724.
8. Оценочные признаки в Уголовном кодексе Российской Федерации: научное и судебное толкование: научно-практическое пособие / Под ред. А. В. Галаховой. М.: Норма, 2014. 736 с.
9. Передерий В. А., Голодный А. Н. Проблемы применения уголовного законодательства России за ненадлежащее оказание медицинских услуг // Право: история и современность. 2018. №4. С. 44-49.
10. Питулько К. В. Проблемы уголовно-правовой охраны сферы оказания медицинских услуг // Право и государство: теория и практика. 2018. №6. С. 120-124.
11. Постановление Верховного суда Республики Чечня по делу №44-У-20/2019 от 24.04.2019 // СудАкт: судебные и нормативные акты РФ. URL: <https://sudact.ru/regular/doc/iaufbsY534Qx> (дата обращения: 20.11.2019).
12. Постановление Ленинский районный суд г. Тюмени по делу №1-622/2019 от 14 мая 2019 г. // СудАкт: судебные и нормативные акты РФ. URL: <https://sudact.ru/regular/doc/rGWTi78YYPLt> (дата обращения: 20.11.2019).
13. Постановление президиума Московского областного суда по делу №44у-89/2019 от 15 мая 2019 г. // СудАкт: судебные и нормативные акты РФ. URL: <https://sudact.ru/regular/doc/wUJavAyWf465> (дата обращения: 15.11.2019).
14. Постановление президиума Самарского областного суда по делу №44у-265/2017 от 21 дек. 2017 г. // СудАкт: судебные и нормативные акты РФ. URL: <https://sudact.ru/regular/doc/O8xLdnHNjрUP> (дата обращения: 20.11.2019).
15. Приговор Раменского городского суда Московской области по делу №1-635/2017 от 19 дек. 2017 г. // СудАкт: судебные и нормативные акты РФ. URL: <https://sudact.ru/regular/doc/xAGZnMBNoFQy> (дата обращения: 15.11.2019).

16. Приговором Ленинского районного суда Республики Чечня по делу №1-4/17 от 09 июня 2017 г. // Официальный сайт Ленинского районного суда Республики Чечня. URL: https://leninskychn.sudrf.ru/modules.php?-name=sud_delo&srv_num=1&name_or=case&n_c=1&case_id=2131814&delo_id=1540006&new=0 (дата обращения: 01.11.2019).
17. Ткачев И. О. Уголовная ответственность за оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям // Современные проблемы юридической науки и правоприменительной практики: сборник научных статей. Калининград: БФУ им. И. Канта, 2017. С. 211-220.

Об авторе:

Радов Владислав Владимирович – магистрант 1 курса Санкт-Петербургского юридического института (филиала) Университета прокуратуры Российской Федерации, Санкт-Петербург, vv-radov@mail.ru

Vladislav Vladimirovich Radov – 1st year master's student, St. Petersburg Law Institute (branch) of the University of the Prosecutor's Office of the Russian Federation, St. Petersburg

© Радов Д.В., 2020

Юрченко И.А., Ветров Г.А.

ЭТИКО-ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ПОЛА ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ

В статье проведен анализ этического-правовой проблемы выбора пола при экстракорпоральном оплодотворении. Методология исследования – анализ научной литературы по данной проблеме. Обзор позволяет сделать вывод об отсутствии единого нормативного порядка, которым бы регулировалась проблема этического-правового выбора пола ребенка при проведении ЭКО в разных странах. Выявлена и обоснована острая необходимость разработки международной нормативной базы, регулирующей данный вопрос, во избежание таких социальных последствий, как гендерный дисбаланс.

Ключевые слова: этическая проблема, ЭКО, бесплодие, хромосомы, пол ребенка

Irina Yurchenko, Gleb Vetrov

ETHICAL AND LEGAL PROBLEM OF SEX SELECTION IN VITRO FERTILIZATION

The article analyzes the ethical and legal problems of sex selection in vitro fertilization. The research methodology is an analysis of the scientific literature on a given problem. The review allows us to conclude that there is no single normative order that would regulate the problem of ethical and legal choice of the sex of the child during IVF in different countries. The urgent need for developing an international regulatory framework governing this issue has been identified and justified in order to avoid such social consequences as gender imbalance.

Keywords: ethical problem, IVF, infertility, chromosomes, sex of the child

В России и странах мира продолжают активно развиваться технологии репродуктивной медицины. Надо сказать, что первый ребенок, зачатый с использованием экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), появился на свет больше 40 лет назад. По данным статистиков, общее количество рожденных детей, зачатых с использованием репродуктивных технологий, превысило 7 млн. Основной интерес к технологии ЭКО обусловлен тем, что она позволяет родить ребенка даже при признаках бесплодия. Между тем, существует этическое-правовое проблема, связанная с выбором пола при ЭКО. И к этой проблеме сложилось разное отношение в странах мира [1].

Для пар, заинтересованных в оплодотворении с использованием ЭКО, предусматривается возможность выбора пола ре-

бенка на том или ином этапе подготовки к оплодотворению яйцеклетки. Так, специалистами нередко используется принцип микросортировки клеток и методика Эриксона. Она позволяет отделить сперматозоиды с X-хромосомой и Y-хромосомы с учетом разницы в скорости их передвижения. Более того, перед процедурой ЭКО может быть проведена генетическая диагностика, направленная на выявление генетических нарушений или генных заболеваний, которые могут передаваться плоду [2].

В процессе исследования специалисты типизируют гены, определяют пол будущего ребенка и его генетические признаки на основе отбора подходящего эмбриона. В последующем выбранный эмбрион с конкретным полом и исследованными генетическими предрасположенностями пе-

реносится в матку. Преимущество данной методики позволяет выявить генетические заболевания и хромосомные нарушения, выбрать конкретный пол ребенка с учетом данных по проведенным исследованиям. К дородовым мероприятиям относится пренатальная диагностика. Она позволяет с исследованиями и современными технологиями обнаружить возможные патологии у плода еще на стадии его развития в матке. В комплекс диагностических мероприятий входит УЗИ, а также инвазивные методы для взятия материалов для проведения молекулярно-генетических исследований. Сюда же входят исследования на базе лаборатории, которые нацелены на исследование биохимического состава околоплодной жидкости и т. д. [3].

Сегодня пренатальная диагностика продолжает развиваться, поэтому стоит ожидать, что в ближайшее время в клиническую практику будут внедрены методики для проведения генетического теста в отношении ДНК сыворотки крови матери. С учетом наличия сразу нескольких методик и технологий имеется возможность до имплантации эмбриона выбрать конкретный пол ребенка и провести анализ на наличие у эмбриона генетических или хромосомных отклонений.

Уже после наступления беременности на базе клиники может быть проведена пренатальная диагностика с использованием молекулярно-генетических и других методик. В каждом случае такие методики подбираются индивидуально. В конечном счете они позволяют исключить наследование заболеваний, которые связаны с X-хромосомой. Существует категория медицинских показаний, в соответствии с которыми родителями ребенка выбирается его пол. Так, общественная организация по репродукции человека в 2013 г. рекомендовала проводить преимплантационную генетическую диагностику (ПГД) и выбор пола с целью того, чтобы избежать заболеваний, передающихся по наследству [4].

По данным на 2018 г., учеными подготовлено свыше 300 описаний заболеваний, которые преимущественно проявляются у мужчин. Поэтому на этапе оплодотворения

есть возможность отделить хромосомы, чтобы исключить наследование заболеваний детьми-мальчиками. Речь идет о таких заболеваниях, как гемофилия, ихтиоз и т. д. По данным научных исследований, мышечная дистрофия и другие заболевания передаются плоду вместе с X-хромосомой и встречаются у 1 из 2-6 тыс. рожденных детей.

Принимать окончательное решение о поле будущего ребенка могут родители, а специалисты по ЭКО могут лишь проводить соответствующие исследования и предупреждать родителей о рисках. В некоторых странах мира медицинские технологии для выбора пола используются и без соответствующих показаний. И в этом заключается противоречие принципам биоэтики, которые распространены в большинстве стран мира.

В некоторых странах мира на законодательном уровне запрещено проводить исследования по полу ребенка на этапе его внутриутробного развития. Такое ограничение обусловлено специальной конвенцией по защите прав человека и использованием достижений в области медицины и биологии (ст. 14). В связи с этим в некоторых странах мира запрещается применяться медицинские технологии, направленные на продолжение рода и выбор конкретного пола ребенка.

Исключением здесь будут наследуемые заболевания, о которых речь шла выше. Какие-либо гендерные предпочтения в странах, которыми была ратифицирована данная конвенция, не учитываются. Поэтому у родителей нет практической возможности выбрать пол ребенка. Иначе они могли бы понести ответственность за дискриминацию.

Если подобного запрета в большинстве стран мира не было, то гендерный дисбаланс мог бы привести к катастрофическим последствиям для общества. По данным статистиков, среди рожденных детей с использованием ЭКО больше 51,5% являются мальчиками. С учетом внедренной практики по выбору пола по медицинским показаниям для 1,5-2% родителей проводится ПГД и с учетом этих данных выбирается конкретный пол ребенка.

По данным на 2012 г., количество случаев с выбором конкретного пола при ЭКО в соответствии с медицинскими показаниями продолжает расти. В разных странах мира гендерный дисбаланс в основном меняется в сторону мальчиков.

Так, еще с 80-х гг. в ряде азиатских стран гендерное преимущество находится на стороне мальчиков. Речь идет о таких странах, как Южная Корея, Индия, Китай и т. д. По данным на 2014 г., в Китае перевес в пользу мальчиков составлял около 16%, а в 90-х гг. перевес в пользу мальчиков был отмечен в нескольких республиках Кавказа – Армении, Грузии и т. д. В 2012 г. перевес в пользу мальчиков в 10% был зафиксирован в Индии. Начиная с 2000 г., 6 из 10 рожденных детей в Албании и Вьетнаме – это мальчики [5].

По данным за 2012-2015 гг. на территории Китая родилось свыше 2,78 млн. мальчиков и только 2,54 млн. девочек. Поэтому на 100 рожденных детей в республике приходилось примерно 56 мальчиков. Впрочем, ситуация начала меняться с 2013 г. в сторону сокращения дисбаланса. Так, в 2013 г. перевес в пользу мальчиков составил 10,1%, а уже в 2014 г. – только 8,7%. При этом гендерный дисбаланс наиболее выражен в восточной части Китая. В сельских поселениях большая часть новорожденных – это мальчики. Дело в том, что некоторые семьи принимают решение об аборте, когда узнают, что у них будет девочка. Исключением являются те семьи, в которых женщины имеют высокий уровень образования.

Выбор конкретного пола ребенка может совершаться под воздействием культурных, этнических и других норм. Пол будущего ребенка может определяться религиозными воззрениями родителей. В частности, на Ближнем Востоке предпочтение отдается мальчикам, так как они считаются продолжателями рода.

Такая же практика распространена в некоторых странах Южной Азии. Причина большего тяготения к мальчикам обусловлена тем, что они имеют большие возможности для получения хорошего материального обеспечения. Особенно это отмечается в странах с развитой аграрной

экономикой. Также у восточных жителей есть культурные особенности, которые определяют выбор в пользу мальчиков. Считается, что они в большей степени берут на себя обязанности по уходу за родителями преклонного возраста. Региональные факторы тоже имеют немаловажное значение.

В частности, на территории Индии традициями предусматривается передача молодого приданого. Это приданое может равняться доходам семьи, полученным за 5-6 лет.

Патриархальные устои, распространенные на территории Китая и Южной Кореи, привели к тому, что при планировании беременности и ЭКО предпочтение отдается сыновьям. С одной стороны, это говорит о дискриминации девочек. С другой стороны, этого не удастся исключить даже с совершенствованием нормативно-правовой базы, которая предусматривает уравнивание в правах мальчиков и девочек.

Начиная с 1971 г., на территории Индии стал разрешаться аборт. А с начала 80-х гг. стали распространяться технологии репродуктивной медицины. Были созданы условия для проведения пренатальной диагностики. Сначала стал проводиться амниоцентез, а потом для исследований стали брать материалы для биопсии.

Все методики были направлены на исследование возможных патологий у плода и определение его пола. На законодательном уровне были закреплены основы по контролю численности населения. Семьям было разрешено прибегать к ЭКО и планировать пол будущего ребенка. Большая часть родившихся с помощью ЭКО в 80-90-е гг. были мальчиками. Так власти государства пытались регулировать численность населения, предоставляя возможность семьям родить мальчика. Что касается девочек, то в Индии было отмечено сразу две проблемы.

Первая проблема заключалась в том, что после рождения первого ребенка-девочки семьи в 90% случаев пытались снова зачать ребенка, надеясь, что в этот раз родится мальчик. Вторая проблема сводилась к увеличению количества аборт в семьях,

которые узнавали о грядущем рождении девочки. Ужасающие данные статистики приводятся за 1976-1977 гг. по одной из больниц Индии. По результатам опрошенных рожениц 96% намеревались прервать беременность, так как по исследованиям им предрекали рождение девочки. Что касается женщин, вынашивавших мальчика, то даже с учетом медицинских показателей все из них были готовы рожать.

Во многих странах мира, начиная с 80-х гг., в качестве инструмента пренатальной диагностики стало проводиться УЗИ. Это распространилось и на азиатские страны.

Местное население использовало эту возможность для того, чтобы определить пол ребенка и принять решение о судьбе роженицы. Когда стала распространяться практика ЭКО, то в странах Ближнего Востока начал отмечаться гендерный дисбаланс.

И эта диспропорция сохраняется до сих пор. В частно, речь идет о Китае и некоторых частях Индии. В 1991 г. на территории Индии была проведена перепись населения. Из-за выявленной гендерной диспропорции в 1994 г. власти решились на принятие закона о запрете пренатальной диагностики. Исключением стали случаи, когда имелись медицинские показания к проведению исследования и возможному аборту из-за патологий плода. И этот запрет действует в Индии до сих пор. С 2003 г. там по инициативе верховного суда запрещены основные технологии для определения и планирования пола ребенка с ЭКО. Речь идет о вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ) и ПГД.

С 1995 г. на территории Китая пренатальная диагностика проводится в отношении всех рожениц, в том числе, использующих ЭКО. По закону родителям разрешается планировать пол ребенка только при наличии медицинских показаний к этому.

Так, отказ от имплантации может быть озвучен при условии, что у эмбриона имеется наследованное заболевание или другие аномалии. Генетическая диагностика проводится только в отдельных случаях и только по инициативе врача. При этом диагностикой занимаются только те ме-

дицинские учреждения, которые входят в специальный перечень и соответствуют требованиям для проведения молекулярно-генетических исследований.

Так как исторически в Китае отдают предпочтение сыновьям, то среди женщин, вынашивающих девочек, отмечается наиболее высокий показатель абортов. Из-за этого проблема гендерного дисбаланса продолжает усугубляться. Схожая практика используется на территории Израиля. Там решение о планировании беременности с ЭКО и выбором конкретного пола ребенка возможно только при наследственных заболеваниях у родителей.

В Израиле работает специальная комиссия, которая может предусмотреть в виде исключения возможность для родителей выбрать конкретный пол ребенка. К примеру, разрешение на рождение ребенка определенного пола с ЭКО может быть одобрено в том случае, когда в семье уже есть несколько детей одного пола.

При решении вопроса в индивидуальном порядке учитываются этические и профессиональные аспекты, которые разрешают или запрещают родить ребенка конкретного пола. В США возможность использования ПГД для определения пола ребенка и принятия решения о его рождении через ЭКО никак не регулируется федеральными законами. Выбор пола при ЭКО разрешается даже при отсутствии медицинских показаний [7].

Считается, что сами американцы могут принять взвешенное решение, опираясь на свои предпочтения и цели для поддержания равновесия между полами в семьях. Некоторые клиники злоупотребляют современными достижениями медицины, поэтому открыто заявляют о том, что ПДГ позволяет родителям выбрать конкретный пол ребенка. По данным статистики, до 20 тыс. женщин из разных стран мира приезжают в США ежегодно для ЭКО и проведения ПДГ с целью выбора конкретного пола ребенка.

В некоторых странах мира закон никак не регулирует возможность использования ПДГ для определения и планирования пола будущего ребенка.

Как правило, в таких странах клиники самостоятельно решают, помогать ли родителям с выбором конкретного пола ребенка. На основе этого необходимо сделать вывод об отсутствии единого порядка, которым бы регулировалась проблема этико-правового выбора пола ребенка при проведении ЭКО. В России по этой проблеме было проведено специальное социологическое исследование.

И надо сказать, что в России выбор пола ребенка запрещен на законодательном уровне. Об этом говорится в ст. 55 ФЗ-323. Данная правовая норма запрещает выбор конкретного пола ребенка, исключением являются только наследственные заболевания, которые передаются вместе с Y- и X-хромосомой. Социологические исследования по этико-правовой проблеме выбора пола ребенка при ЭКО проводились на базе МГНЦ в г. Москве на протяжении 1994-2017 гг. Центр занимается медико-генетическими исследованиями и проблемами репродукции человека.

Среди работников центра в указанный временной промежуток проводилось анкетирование. Оно было направлено на изучение общественного мнения и выяснение вопроса о том, знают ли представители науки о биомедицинских технологиях ЭКО и методиках планирования пола ребенка, о связанных с этим этико-правовых проблемах.

В качестве респондентов выступили специалисты в области медицины, представители общественных организаций, а также население, которое не имеет отношение к биологии и медицине. Кроме этого исследования подобных в России не проводилось.

В ходе проведения масштабного исследования респондентам было предложено ответить на вопрос об их осведомленности о том, что в некоторых медицинских учреждениях используются альтернативные процедуры для определения пола ребенка. По данным на 2000 г., только 18% из всех опрошенных согласились с тем, что родителям нужно разрешить планировать пол при ЭКО и проведении соответствующих исследований даже без учета наличия

специальных медицинских показаний. 70% опрошенных заявили, что не одобряют использование современных технологий для планирования конкретного пола ребенка. И 8% опрошенных затруднились дать однозначный ответ.

В 2017 г. анкетирование было проведено повторно, в нем уже 13% высказались за то, что можно разрешать родителям выбирать пол ребенка при ЭКО даже при отсутствии соответствующих медицинских показаний. Однозначно против подобной инициативы высказались 71% респондентов. У 13% опрошенных нет однозначного мнения на этот счет, а у 4% – альтернативная точка зрения на эту проблему.

О том, что этико-правовая проблема выбора пола будущего пола ребенка при ЭКО является сложной, можно судить, опираясь на количество респондентов, которые затруднились дать конкретный ответ.

По результатам проведенного исследования необходимо сделать несколько выводов. Во-первых, ЭКО стремительно распространяется в странах мира для решения проблемы бесплодия.

Параллельно с этим распространяются ВРТ методики, позволяющие определить пол будущего ребенка. В мире не сложилось однозначного отношения к современным технологиям ЭКО и исследованиям, которые позволяют определить пол ребенка до его рождения.

Во-вторых, этико-правовая проблема выбора пола при ЭКО остается острой и носит комплексный характер. Во-многом она определяется религиозными аспектами и мировоззренческими позициями разных слоев общества и народов.

Регулировать возможность применения научных достижений для планирования пола ребенка необходимо. Однако необходимо учитывать последствия для социума, а также разбирать каждый случай родителей индивидуально. Возможно, наиболее успешным решением является практика Израиля, где выбор пола ребенка может быть осуществлен либо по медицинским показаниям, либо при рассмотрении конкретного случая в частном порядке специальной комиссией.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. №48. ст. 6724.
2. Приказ Минздрава РФ от 28.12.1993 N 301 «О применении метода искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_3054/ (дата обращения 12.11.2019).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142595/ (дата обращения 12.11.2019).
4. Абдуллина Л.И. Бесплодие: проблема разрешима // Самара. 2013. 142 с.
5. Апшипа М.Е. Если вам нужен ребенок // Москва. 2015. 167 с.
6. Белобородов С.И. Тактика бесплодной мамы // М.: Семейный доктор, 2014. С. 12-23.
7. Стрижаков А.И. Избранные лекции по акушерству и гинекологии // Ростов-на-Дону. 2016. 501 с.
8. Курило Л.Ф. Развитие эмбриона человека и некоторые морально-этические проблемы метода вспомогательной репродукции // М.: МГНЦ РАМН, 2016. С. 16-23.
9. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы) // М.: МИА, 2015. 264 с.
10. Тихомирова К.Г., Максимов Р.А. Экстракорпоральное оплодотворение – основной вид вспомогательных репродуктивных технологий // Молодой ученый. 2017. №14.2. С. 50-53.
11. Яковенко Е.М. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и другие методы преодоления бесплодия // М.: Яковенко Е.М. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и другие методы преодоления бесплодия, 2016. 280 с.

Об авторах:

Юрченко Ирина Анатольевна – студентка 6 курса медицинской академии им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь, irina97pravo@gmail.com

Ветров Глеб Алексеевич – студент 6 курса медицинской академии им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь, glebvetrov1102@gmail.com

Irina Anatol'evna Yurchenko – 6th year student of the V.I. Vernadsky Crimean Federal University Medical Academy named after S.I. Georgievsky (structural subdivision), Simferopol

Gleb Alekseevich Vetrov – 6th year student of the V.I. Vernadsky Crimean Federal University Medical Academy named after S.I. Georgievsky (structural subdivision), Simferopol

© Юрченко И.А., Ветров Г.А., 2020

Митин Р.К.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА МЕДИАЦИЮ В МЕДИЦИНЕ

Развитие такой отрасли права, как медицинское, является на данной ступени развития законодательства необходимой и оправданной тенденцией. Это обусловлено тем, что, оказание неквалифицированной (в частности недостаточно квалифицированной) медицинской помощи отрицательно сказывается как на здоровье отдельных граждан, так и на положении здоровья целого общества, которое является основной производительной силой во всех отраслях человеческой деятельности. Но, важно обратить особое внимание на то обстоятельство, что, зачастую, пациенты забывают о моральных, этических нормах, и о последствиях необоснованных жалоб и нерациональных (неразумных) претензий.

Зачастую такие обращения, которые также часто не оправданы, влекут для медицинского работника не только дисциплинарные санкции со стороны руководителя, но и более тяжелые формы ответственности, в том числе и ответственность уголовную. Именно поэтому видится актуальным теоретическое разграничение случаев судебного разбирательства и возможности реализации примирения пациента и врача.

Ключевые слова: *медиация, медиация в медицине, досудебное урегулирование, права пациента, компенсация вреда, медицинское право, ятрогения*

Roman Mitin

REALIZATION OF THE RIGHT TO MEDIATION IN MEDICINE

Development of such branch of the law as medical, is at this stage of development of the legislation necessary and justified tendency. This is due to the fact that the provision of unskilled (in particular, insufficiently qualified) medical care negatively affects both the health of individual citizens and the health of the whole society, which is the main productive force in all branches of human activity. But, it is important to pay special attention to the fact that, often, patients forget about moral, ethical standards, and the consequences of unfounded complaints and irrational (unreasonable) claims.

Often such appeals, which are also often not justified, entail for the medical worker not only disciplinary sanctions from the head, but also more severe forms of responsibility, including criminal responsibility. That is why the theoretical distinction between cases of litigation and the possibility of reconciliation between the patient and the doctor seems relevant.

Keywords: *mediation, mediation in medicine, pre-judicial settlement, the rights of the patient, harm compensation, the medical right, iatrogeny*

Как принадлежащая к континентальной системе права страна, Россия активно применяет различные, присущие такой системе, правовые институты. Одним из них является институт медиации, или же примирения. Для того, чтобы разобраться с возможностями применения процедуры медиации в медицине, необходимо определить круг нормативно-правовых актов, применимых к данным

правоотношениям. В первую очередь, это Федеральный закон №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». В нем закрепляются все необходимые условия для процедуры проведения медиации, требования, предъявляемые к посреднику, а также иные вопросы, связанные с урегулированием споров в досудебном порядке.

Но, возможности применения указанного федерального закона к общественным отношениям, которые складываются в области оказания медицинской помощи ограничены. Так, например, ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» регулирует отношения, связанные с применением процедуры медиации к спорам, возникающим из гражданских, административных и иных публичных правоотношений, в том числе в связи с осуществлением предпринимательской и иной экономической деятельности, а также спорам, возникающим из трудовых правоотношений и семейных правоотношений.

Если споры возникли из иных отношений, действие ФЗ №193 распространяется на отношения, связанные с урегулированием таких споров путем применения процедуры медиации только в случаях, предусмотренных федеральными законами [3].

При этом, в настоящее время в России отсутствует законодательное закрепление возможности применения процедуры медиации к рассматриваемым правоотношениям. Сегодня, о возможностях применения процедуры медиации можно найти сведения в федеральной программе «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение». В указанной программе предложено к 2024 году разработать и внести некоторые изменения в законодательство о возможностях применения медиации [6].

Итак, отметим, что по состоянию на сегодняшний день в российском законодательстве отсутствует возможность применения процедуры медиации к правоотношениям, складывающимся по поводу оказания медицинской помощи. Но, представляется, что в течение пяти лет такая возможность уже будет иметь легитимную форму.

Следующим нормативно-правовым актом является Гражданский Кодекс РФ. Статья 1064 устанавливает основные принципы привлечения к гражданской ответственности за причинения вреда. Один из таких принципов – противоправность, ко-

торый раскрывается в статье 1095 ГК РФ. В ней указывается, что противоправность может быть выражена в предоставлении недостоверных или неполных сведений о работе или услуге (1095 статья ГК РФ) [2]. Из этого следует, что ответственное лицо должно нарушить какие-либо обязательные для соблюдения предписания или правила. Поэтому можно выделить ряд ситуаций применительно к медицине, когда возмещение вреда в целом возможно:

- невыполнение или ненадлежащее выполнение (некачественное, несвоевременное) необходимых пациенту реабилитационных, профилактических, лечебных и диагностических мероприятий (например, консультаций, исследований, манипуляций, процедур, операций и др.) – достаточно спорный момент. Экспертизы, которые проводятся при оценке качества, своевременности проведения тех или иных мероприятий, занимают длительное время и зачастую носят вероятностный характер, так как вернуть исходное положение дел не представляется возможным;
- необоснованное (при наличии противопоказаний или без достаточных показаний) проведение реабилитационных, профилактических, лечебных и диагностических мероприятий, что привело к диагностической ошибке, ухудшению состояния больного, к выбору неверной тактики лечения, удлинению срока лечения или осложнению течения болезни – наиболее возможное в доказательственном плане обстоятельство. Врач, который назначил диагноз и лечение, может обосновывать свой выбор симптомами, которые имели место быть, останется лишь учет правильности диагноза;
- заболевания (ожоги, травмы) и осложнения, которые возникли в период пребывания пациента в медицинской организации по вине медработников и которые потребовали оказания дополнительной медицинской помощи, в т.ч.:
- внутрибольничное инфицирование, произошедшее вследствие неправильных действий медработников;

· после медицинских манипуляций, инфузий, инструментальных вмешательств, операций, процедур и прочих мероприятий, связанные с недоучетом противопоказаний или с дефектами выполнения указанных мероприятий [8].

Следующим законодательным актом выступает Федеральный закон от №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В частности, статья 31 данного Федерального закона устанавливает, что застрахованное лицо имеет право на полное возмещение вреда, то есть расходов осуществленных на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи) застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица [4].

Более того, в федеральной программе «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» предложено разработать и внести изменения в законодательство об обязательном медицинском страховании (ФЗ №326), а именно внести норму права, которая позволит всем страховым медицинским организациям открывать офисы (представительства) по защите прав застрахованных лиц в каждом субъекте Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи по программам ОМС и предоставлении права организации и проведения контрольно-экспертных мероприятий экстерриториально, в том числе с применением процедуры медиации (внесудебному урегулированию) при нарушении прав таких застрахованных лиц.

Законодательное закрепление принципов восстановления прав граждан в случае причинения вреда действием или бездей-

ствием медицинских работников представляет собой систему правовых норм, которые регламентируют права и обязанности граждан при причинении им вреда. Однако при этом остается ряд проблем, связанных с досудебным решением спора. Одним из главных вопросов, остающихся открытым и по настоящее время, является реализации медиации при оказании медицинских услуг, в первом случае, по полису ОМС, а в другом – оказание платных медицинских услуг по договору.

Как раз во втором случае применение медиации будет наиболее простым – существуют все условия для урегулирования спора по договору оказания услуг. В случае же с услугами по полису ситуация обстоит иначе – в данном случае не возникает гражданско-правовых отношений, поэтому помимо внесения изменений в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о том, что возникающие отношения подлежат регулированию законом №193-ФЗ, необходимым видится обозначение рамок, до какой степени вред может быть возмещен путем досудебного урегулирования. Судебная система является гарантом правосудия в РФ, поэтому в случае нанесения серьезного вреда здоровью, который угрожает или оказал серьезное воздействие на жизнь пациента видится наиболее оптимальным решение вопроса в судебном порядке.

Говоря об особенностях применения медиации для разрешения споров, связанных с оказанием медицинской помощи, стоит отметить обязательность выполнения ряда условий, связанных с необходимостью соблюдения одного из закрепленных законодательно принципов – равноправия сторон – на фоне отмеченной выше «информационной асимметрии» врача и пациента, и зачастую размытого понятия «норма».

В частности, условия соблюдения данного принципа диктуют необходимость подробного разговора с пациентом в ходе процедуры медиации об особенностях течения его заболевания. Такой диалог крайне необходим для формирования у пациента полного понимания его состояния и

адекватной оценки действий медицинского персонала, приведших к ситуации, послужившей основанием для конфликта. Кроме того, проведение разъяснительной беседы (для обеспечения информированного выбора и согласия со стороны пациента) на этапе оказания медицинской помощи зачастую могло бы являться профилактикой возможной неудовлетворённости и предупреждением формализации претензии к медицинским работникам в форме жалобы или судебного иска.

Нахождение врача и пациента в одном понятийном поле, проявление уважения к пациенту, к его праву на получение информации, сотрудничество с пациентом в предпринимаемых усилиях по оказанию ему качественной помощи будут залогом обеспечения равноправия сторон для проведения процедуры медиации.

К тому же, серьезным пробелом в праве является отсутствие понятия «медицинская ошибка». Возможным решением проблемы выравнивания терминологического уровня знаний пациента, врача и медиатора может быть требование к прохождению медиаторами для данной категории дел особых курсов медицинской терминологии, что будет являться своеобразным допуском к работе. Кроме того, возможным становится присвоение статуса медиатора лицам-работникам в офисах по защите прав застрахованных, которые с 2025 г. должны будут участвовать в досудебном урегулировании жалоб пациентов.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ, от 05.02.2014 №2-ФКЗ, от 21.07.2014 №11-ФКЗ) // СЗ РФ, 04.08.2014, №31, ст. 4398.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 №14-ФЗ (ред. от 18.03.2019, с изм. от 03.07.2019) // СЗ РФ, 29.01.1996, №5, ст. 410.
3. Федеральный закон от 27.07.2010 №193-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» // СЗ РФ, 02.08.2010, №31, ст. 4162.
4. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ, 06.12.2010, №49, ст. 6422.
5. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

6. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» // Министерство здравоохранения Российской Федерации – сайт. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/pervichka> (дата обращения: 27.10.2019)
7. Проект Федерального Закона «О внесении изменений в статью 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Федеральный портал проектов нормативных правовых актов – сайт. URL: https://regulation.gov.ru/projects?fbclid=IwARiPVe-bStUCxofXM5oIzUvfXQK4dZqPQPoWx_yQXpdPL8iHS42tzt8aCcQ# (дата обращения: 27.10.2019).
8. Вильгоненко И.М., Гагиева Н.Р., Белокопытова Н.Ю. Особенности возмещения вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинских услуг // Вестник ВУиТ. 2018. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-vozmescheniya-vreda-prichinennogo-nenadlezhaschim-okazaniem-meditsinskih-uslug> (дата обращения: 27.10.2019).
9. Шамликашвили Ц.А. Медиация в современной правовой практике // Психологическая наука и образование. 2014. Том 19. №2. С. 15-25.

Об авторе:

Митин Роман Константинович – студент 4 курса Калужского института (филиала) Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России)», Калуга, rmitin99@yandex.ru

Научный руководитель: Малышева Ангелина Игоревна – преподаватель кафедры гражданско-правовых дисциплин Калужского института (филиала) Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России)», Калуга

Roman Konstantinovich Mitin – the forth-year student of the Kaluga Institute (branch) of All-Russian State University of Justice (RLA of the Ministry of Justice of Russia), Kaluga

Scientific adviser: Olga Nikolaevna Bobrovskaya – teacher of the Department of civil law disciplines of the Kaluga Institute (branch) of All-Russian State University of Justice (RLA of the Ministry of Justice of Russia), Kaluga

Ершов А.В.

ВЫРАВНИВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ КАК НЕОБХОДИМАЯ РЕФОРМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В данной статье разбирается проблема регионального неравенства в здравоохранении Российской Федерации. Рассмотрены причины и последствия снижения качества работы медицинских организаций на периферии относительно столичного региона. Наиболее существенное влияние на успешное функционирование системы оказывает уровень финансирования. Важнейшей составной частью при этом является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, действующий на уровне субъектов посредством территориальных фондов. Существующее несовершенство распределения субвенций и тянущееся за ним неравенство побуждает к созданию новой модели. Был предложен вариант мягкой реорганизации начисления субвенций с включением большего влияния состояния общественного здоровья.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, региональное здравоохранение, распределение субвенций

Aleksey Ershov

ALIGNMENT OF REGIONAL HEALTH CARE FINANCING AS A REQUIRED COMPULSORY HEALTH INSURANCE REFORM

This article discusses the issue of regional healthcare inequality in the Russian Federation. The causes and consequences of reducing the quality of medical organizations work in the periphery relative to the capital region are considered. The most significant impact on the successful functioning of the system is provided by the financing level. The most important component of this is the Federal Compulsory Medical Insurance Fund, operating at territorial entities through territorial funds. The existing imperfection of the distribution of subventions and the inequality stretching behind it prompts the creation of a new model, a variant was proposed.

Keywords: compulsory health insurance, regional healthcare, subventions distribution

Россия – активно развивающееся государство, внутренняя политика которого направлена на создание специальных условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Такой постулат записан в Статье 7 Конституции РФ и именно он предопределил создание разнообразных социальных благ, к числу которых можно отнести и обязательное медицинское страхование (Далее – ОМС) [1]. Понятие ОМС в российском законодательстве появилось чуть раньше принятия действующей Конституции, в 1991 году, вместе с Законом РФ «О медицинском страхова-

нии граждан в Российской Федерации», а на современном этапе он существует в виде Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года [2, 3].

При этом организация финансирования ОМС находится на хорошем уровне. Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования (Далее – ФОМС) формируются за счёт: доходов от уплаты страховых взносов на ОМС, недоимок по взносам, налоговым платежам, средств федерального бюджета, передаваемых в

бюджет ФОМС, средств бюджетов субъектов РФ, передаваемых в бюджеты территориальных фондов, доходов от размещения временно свободных средств и иных источников [2]. Благодаря этому происходит аккумуляция средств ОМС в ФОМС, который управляет ими, формирует и использует резервы, осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (Далее – ТФОМС) [5]. Выравнивание происходит путём перечисления межбюджетных трансфертов из ФОМС в ТФОМС субъектов, определяемых в соответствии с утверждённой Правительством РФ методикой [7]. Подробнее о распределении субвенций будет сказано позднее.

Размер бюджета ФОМС в целом из года в год увеличивается, что говорит о потенциале роста государственной отрасли по охране здоровья населения [10]. Известно, что финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи практически полностью осуществляется напрямую из ФОМС и занимает всего 5% в структуре расходов фонда [15]. А первичной медико-санитарной помощи, оказывающей важнейшее влияние на состояние общественного здоровья, и почти всей специализированной помощи осуществляется в основном ТФОМС, и доля расходов приближается к 94% [15]. И именно профилактика заболеваний, основа существования первичной медико-санитарной помощи, играет такую важную роль в стратегии 4П-медицины.

Действительно, за последние годы были показаны выдающиеся результаты в самых разных областях российского здравоохранения. Например, мы успешно боремся с инфекцией, вызываемой микобактерией туберкулёза, заболеваемость, распространённость и смертность от этого социально-значимого заболевания неуклонно снижается [18]. Значительно снизилась заболеваемость инфекциями, передающимися половым путём, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и онкологических заболеваний вследствие более ранней диагностики и эффективной хирургической помощи [13]. Перечисленное вкуче с

многими-многими другими достижениями отечественного здравоохранения оказало положительное влияние на среднюю продолжительность жизни, которая уже достигла максимума за многолетнюю историю нашей страны [16].

Даже при учёте прогрессирующего российской медицины в новейшей истории потенциал для дальнейшего развития остаётся. Выстраивание эффективной системы здравоохранения в каждом субъекте Российской Федерации однозначно станет приоритетной задачей не только на это, но и следующее десятилетие [6]. Но достижению этой цели мешает проблема регионального неравенства. Ни для кого не секрет, что в нашей стране резко выражен разрыв в уровне развития медицины между центром и периферией. И для подтверждения в данной работе одним из элементов будет сравнение состояния системы здравоохранения города Москвы и Липецкой области (Далее – ЛО), региона не столь значительно удалённого от центра и точно также находящегося в Центральном федеральном округе (см. таблицу).

Доступность амбулаторно-поликлинической помощи, самого массового вида медицинской помощи, оказывает существенное влияние на картину здоровья и благополучия населения [17]. И одним из важнейших показателей является обеспеченность врачами кадрами, составляющий в Москве и ЛО 43,5 и 33,1 на 10 000 соответственно [13]. В дополнение к этому приведём значение среднего числа посещений на одного жителя в год (8,4 и 7,7), которое вместе с предыдущим и знанием численности населения субъектов говорит о более чем 15-процентной загруженности врача в ЛО [13, 14]. К сожалению, подобная диспропорциональность отрицательно влияет на обеспечение равной доступности качественной медицинской помощи.

Факт неравной эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена уже объяснён. Весомой причиной долгого лечения пациентов в стационаре считается недостаточное обследование и лечение в поликлинике. Потому важно следующее наблюдение: средняя длительность пребы-

**Сравнительная характеристика здравоохранения
Москвы и Липецкой области**

Показатели	Москва	Липецкая область
Численность населения	12 506 468	1 150 201
Обеспеченность врачами на 10 000 населения	43,5	33,1
Среднее число посещений на одного жителя в год	8,4	7,7
Число коек в стационарах	68195	8873
Средняя длительность пребывания пациента на койке	7,1	10,5
Первичная заболеваемость на 100 000 населения	63133,8	66815,6
Общая заболеваемость на 100 000 населения	133230,5	147164,9
Бюджет ТФОМС, рублей	292 008 776 600	14 474 149 300
На душу населения, рублей	23348	12584
Рост на следующий год, %	13	6

вания пациента на койке в стационаре намного ниже в Москве (7,1 против 10,5) [13]. Соотносить показатели возможно, потому что нет перекоса к преобладанию стационаров какого-либо типа в одном субъекте при их дефиците в другом. Сравнить общее число коек и обеспеченность ими не логично вследствие колоссальной разницы в масштабах сопоставляемых регионов. А вот использование коечного фонда гораздо больше говорит о качестве лечебного процесса, при этом обоснованное сокращение срока госпитализации позволяет увеличить количество госпитализируемых.

Из предшествующей проблемы вытекает и последующая, касающаяся состояния здоровья населения. Так, при сравнении первичной заболеваемости в Москве и ЛО (63133,8 и 66815,6 на 100 000), на первый взгляд различия несущественны [12]. Дополнительно прослеживается тенденция к снижению данного показателя из года в год, говорящее об улучшении профилактической работы первичного звена, что характерно для российского здравоохранения в целом. Однако при добавлении сюда сведений по общей заболеваемости (133230,5 и

147164,9) нетрудно обнаружить накопление заболеваний, зарегистрированных в предыдущие годы [12]. Причём разница составляет практически те же 15 процентов.

Нет необходимости проводить сравнение по технической оснащённости медицинских организаций в субъектах, равно как и сравнивать количество случаев, при которых получена медицинская помощь с применением высоких медицинских технологий. Эта цифра на порядок выше в Москве, благодаря наличию стационаров федерального подчинения. В то же время присутствует и кадровый дефицит с выливающимися из этого недостатками работы системы здравоохранения региона, описанные в прошлых абзацах. Однако причина такой своеобразной диссоциации, равно как и главная проблема – финансирование.

Да, пусть наша страна находится не на самых лучших позициях в рейтинге ВОЗ по поддержке государством здравоохранения [19]. Эта специфика не радует, но с течением времени в расходной части бюджета доля на здравоохранение не менялась и на плановый период 2020 и 2021 годов изменений не предвидится [11]. Естественно, да-

леко не размер финансового обеспечения определяет качество работы лечебно-профилактической работы. В большей мере зависимость прослеживается с эффективностью использования бюджетных средств. На примере всё тех же субъектов мы видим как явное преобладание абсолютного значения бюджета ТФОМС Москвы над ЛО, так и подушевого показателя (почти в два раза) [8, 9]. Причём такая тенденция будет нарастать исходя из сведений на плановый период в тех же территориальных законах о бюджете ТФОМС (рост составит 13% и 6% соответственно) [8, 9]. Получается, регион с более низким состоянием системы здравоохранения ставится в жёсткие условия, что не будет способствовать повышению качества оказываемой медицинской помощи.

Закономерно встаёт вопрос, из-за какого механизма произошла такая «асимметрия» в финансировании субъектов. Для этого следует обратиться к методике распределения субвенций, предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС [7]. Из формулы, определяющей размеры межбюджетного трансферта, видно, что уникальными переменными для каждого из субъектов будут численность застрахованного населения и коэффициент дифференциации. Присутствие значения количества жителей в методике абсолютно оправданно, поскольку объём оказываемых медицинских услуг за год в учреждениях здравоохранения напрямую зависит от абсолютного значения посещений в течение этого периода, и данный факт игнорировать нельзя. А вот расчёт коэффициента дифференциации, вычисляемого таким образом: $K_i = 0,7 * \max(K_i^P; K_i^{3П}) + 0,3 * ПР_i$, не так давно претерпел изменения, но необходимость дальнейшей модификации осталась [7]. На сегодня он напрямую зависит от:

1. суммы средневзвешенного районного коэффициента и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях;
2. коэффициента уровня среднемесячной заработной платы;
3. коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг.

Каждый из пунктов в теории направлен на реализацию плана роста заработной платы медицинских работников с учётом региональных особенностей субъектов РФ. При знании того, что оплата труда персонала учреждений здравоохранения должна равняться определённому значению относительно средних зарплат в регионе, то принцип действия реформы становится понятен [4]. Если зарплата медицинских работников – это всегда какая-то доля от расходов в базовой программе ОМС, то её значение может быть основополагающим для расчёта субвенций регионам.

Хотя такой подход выглядит осмысленно-лаконичным, нет уверенности, что не стоит на данном этапе добавить в методику расчёта влияние состояния общественного здоровья населения. Так, например, путём простого прибавления к коэффициенту дифференциации коэффициента заболеваемости, высчитываемого через отношение общей заболеваемости в субъекте к общероссийской, с понижающим коэффициентом 0,1, возможно добиться перенаправления финансовых потоков в регионы с наибольшей заболеваемостью в отчётном году. Это позволит усилить возможности системы здравоохранения в субъекте, пострадавшем, например, от какой-то эпидемии или вынужденного бороться с высокой заболеваемостью ограниченными методами. Радикально введение дополнительного параметра не меняет существующее распределение субвенций, лишь немного корректирует. На этом этапе повествования формула выглядит следующим образом:

$$K_i = 0,7 * \max(K_i^P; K_i^{3П}) + 0,3 * ПР_i + 0,1 * (Z_i / Z)$$

Z_i – общая заболеваемость в субъекте
 Z – средняя общая заболеваемость в РФ

Конечно, не нужно забывать о главном ресурсе на сегодня – медицинском персонале. Факт дефицита кадров на периферии и устремлённость населения к столичному региону не поддаётся сомнению. И для привлечения, например, молодых врачей, приложением к программам целевого набора будет дополнительная финансовая стимуляция. Ведь с увеличением бюджета

ТФОМС при сохранении расходной доли заработной платы в нём, будет расти доход каждого отдельного специалиста в регионе. Данный процесс привлечёт новые кадры в субъект, и в какой-то момент начнётся уменьшение разброса обеспеченности регионов медицинскими кадрами. Расчёт коэффициента обеспеченности медицинскими кадрами считается по тому же принципу, что и коэффициент заболеваемости, и просто прибавляется к уже обновлённой формуле с понижением 0,15 для районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностях или 0,1 для остальных регионов. Итоговая формула получит такой вид:

$$K_i = 0,7 * \max(K_i^P; K_i^{ЗП}) + 0,3 * ПР_i + 0,1 * (Z_i/Z) + 0,1(0,15) * (O_i/O)$$

O_i – обеспеченность кадрами в субъекте
 O – средняя обеспеченность кадрами в России

Итак, на сегодняшний день есть уверенность в способности государства предоставлять качественную медицинскую помощь. Но, к сожалению, возможности регионального здравоохранения распределены неравномерно. И именно для решения указанной проблемы предложено не грубое раздувание финансирования отрасли, а мягкая реорганизация начисления субвенций с включением большего влияния состояния общественного здоровья. Более эффективное направление финансового потока в субъекты, которым это требуется уже сейчас, позволит планомерно развиваться медицинской помощи по всей стране.

Настоящее законодательство в сфере ОМС, помимо некоторых слабых сторон, имеет огромный потенциал к реформированию. Рекомендации в данной работе решают далеко не все проблемы, но станут очередным шагом вперёд в эволюции российской системы здравоохранения.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации с последними изменениями на 2018 год // Москва: Эксмо, 2018. 32 с.
2. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 24.11.2019).
3. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 №1499-1 // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90/ (дата обращения 24.11.2019).
4. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» // URL: <https://base.garant.ru/70170950/> (дата обращения 23.11.2019).
5. Постановление Правительства РФ от 29.07.1998 №857 (ред. от 29.12.2018) «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19743/ (дата обращения 25.11.2019).
6. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/ (дата обращения 26.11.2019).
7. Постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 г. №462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» // URL: <https://base.garant.ru/70173870/> (дата обращения 23.11.2019).

8. Закон г. Москвы от 31 октября 2018г. №21 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/49541884/> (дата обращения 23.11.2019).
9. Закон Липецкой области от 26.12.2018 №226-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (принят Липецким областным Советом депутатов 18.12.2018) // URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW220;n=95974#03056083122900455> (дата обращения 23.11.2019).
10. «Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (утв. Минфином России) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308390/ (дата обращения 25.11.2019).
11. «Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (утв. Минфином России) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_334706/ (дата обращения 25.11.2019).
12. Статистические сборник 2017 год Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения // URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god> (дата обращения 20.11.2019).
13. Статистические сборник 2018 год Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения // URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god> (дата обращения 20.11.2019).
14. Численность населения Российской Федерации // Федеральная служба государственной статистики URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/dem1.xlsx> (дата обращения 21.11.2019).
15. Отчет о результатах деятельности федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2018 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2019. №3. URL: <http://www.ffoms.ru/news/journal/> (дата обращения 25.11.2019).
16. «Средняя продолжительность жизни в России увеличилась до 73,6 года» // ИД «Коммерсантъ» URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4126683> (дата обращения 15.11.2019).
17. Гусева Н. К., Соколов В. А., Соколова И. А., Дюютова М. В. Доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dostupnost-i-kachestvo-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomoschi> (дата обращения: 23.11.2019).
18. Нечаева О.Б. «Современная эпидемиология туберкулёза» // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Россия на пути ликвидации туберкулёза: реалии и перспективы» URL: <http://nov2019.rofconf.ru/ru> (дата обращения 29.11.2019).
19. Радченко Д.Р., Шевченко С.С. «Проблемы финансирования здравоохранения в России в современных условиях» // Ростовский научный журнал URL: <http://rostjournal.ru/?p=5643> (дата обращения 21.11.2019).

Об авторе:

Ершов Алексей Владиславович – студент 5 курса Института клинической медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, ershov_a_v@student.sechenov.ru

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

Aleksey Vladislavovich Ershov – fifth-year student Institute of Clinical Medicine, First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow

Scientific adviser: Olga Nikolaevna Bobrovskaya – associate Professor of medical law First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), candidate of legal Sciences, associate Professor, Moscow

© Ершов А.В., 2020

Карягина Е.Н., Еникеев А.Р.

НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ: ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В РОССИИ И США (СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ)

В настоящей статье выявлены три проблемы правового регулирования отношений по назначению лекарственных средств с применением телемедицинских технологий в России:

- 1) возможно ли назначать лекарственные средства с использованием телемедицинских технологий без предварительной постановки диагноза в рамках очного приема пациента;
 - 2) в течение какого срока с момента постановки диагноза возможно назначать / корректировать лечение посредством применения телемедицинских технологий;
 - 3) как электронной рецепт на лекарственное средство должен передаваться в аптеку.
- Далее, рассмотрен правовой опыт США по вопросу назначения лекарственных средств с использованием телемедицины, обозначены преимущества и недостатки. На основе проведенного сравнительно-правового анализа предложены пути решения выявленных проблем российского правового регулирования.*

Ключевые слова: медицинское право, медицинская помощь, телемедицинские технологии, лекарственные средства, назначение лекарственных средств, постановка диагноза, электронный рецепт, аптека, пациент, правовое регулирование, Россия, США

Ekaterina Karyagina, Aidar Enikeev

PRESCRIPTION OF MEDICINES BY USING TELEMEDICAL TECHNOLOGIES: LEGAL REGULATION IN RUSSIA AND THE USA (COMPARATIVE LEGAL ANALYSIS)

This article identifies three problems of legal regulation of prescribing of medicines using telemedicine technologies relationships in Russia:

- 1) is it possible to prescribe medicines using telemedicine technologies without first making a diagnosis as part of an in-patient appointment;
- 2) during what period of time from the moment of making the diagnosis it is possible to prescribe/correct treatment through the use of telemedicine technologies;
- 3) how an electronic prescription for medicine should be transmitted to the pharmacy.

Further, the USA legal experience on the prescribing of medicines using telemedicine is considered, the advantages and disadvantages are indicated. On the basis of the comparative legal analysis, the ways of solving the identified problems of the Russian legal regulation are proposed.

Keywords: medical law, medical assistance, telemedicine technologies, medicines, prescription of medicines, diagnosis, electronic prescription, pharmacy, patient, legal regulation, Russia, USA

Согласно пп. 7 ч. 1 статьи 4 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] (далее – ФЗ №323-ФЗ), одним из основных принципов охраны

здоровья является доступность и качество медицинской помощи.

Качество медицинской помощи достигается не только за счёт верно поставленного диагноза и дальнейшего регулярного

профессионального мониторинга состояния пациента, но и, главным образом, благодаря правильно и квалифицированно назначенному лечению. Такое лечение в большинстве случаев сопровождается назначением лекарственных средств.

Доступность медицинской помощи обеспечивается разными способами, но по-прежнему является одним из приоритетных вопросов государственной политики в области здравоохранения, поскольку в России остается все также немало регионов/краев/областей/поселений и др., где получение качественной и квалифицированной медицинской помощи бывает затруднено.

Одним из значимых событий, повлиявших на качество и доступность медицинской помощи, стало внедрение телемедицинских технологий, правовое регулирование которых было введено в России с 1 января 2018 года.

Несмотря на важность внесенных изменений в законодательство, много вопросов остается не разрешенными, в связи с чем, в теории и на практике (в том числе, правоприменительной) возникают определенные трудности.

Ввиду вышесказанного представляется актуальным исследование вопроса о назначении лекарственных средств посредством применения телемедицинских технологий.

В качестве метода исследования выбран сравнительно-правовой: на примере опыта РФ и США.

Задачами настоящего исследования являются:

1. выявление и разрешение проблем, связанных с текущим правовым регулированием обозначенного вопроса в России;
2. анализ сложившегося опыта правового регулирования в США.

Во-первых, одной из главных проблем российского правового регулирования назначения лекарственных средств является неразрешенность вопроса о том, возможно ли назначать лечение (в том числе, лекарственные средства) посредством применения телемедицинских технологий без пред-

варительного очного приема пациента, в рамках которого производится постановка диагноза. Исходя из толкования п. 2,3 статьи 36.2 ФЗ №323-ФЗ следует, что прямого запрета нет, однако п. 47 Приказа Минздрава РФ от 30.11.2017 №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» [2] говорит об обратном. Мнения ученых по данной норме закона также разнятся. Одни (например, Н.Н. Соколенко, М.Е. Багнюк, Д.В. Багнюк [4, с. 17]), ссылаясь на вышеназванный пункт Приказа Минздрава, категорично говорят, что назначение лечения возможно только после постановки диагноза в рамках очного приема, а в дальнейшем посредством телемедицинских технологий производится только корректировка назначенного лечения. Другие (например, М.С. Варюшин [3, с. 169]) – выступают за прямое толкование п.2,3 статьи 36.2 ФЗ №323-ФЗ и предлагают использовать принцип «все, что не запрещено, дозволено». Иными словами, они считают, что назначить то или иное лечение можно и без первичного очного приема.

Мы придерживаемся второй точки зрения. Наша позиция объясняется тем, что заболевания, состояние здоровья человека бывают разными (разной степени тяжести, например), равно как и оказываемая медицинская помощь. Для некоторых из них постановка диагноза и назначение лечения (лекарственных средств) возможно и без непосредственного очного приема.

Однако, если все-таки нельзя назначить лекарственное средство без предварительного очного приема, то возникает вопрос: как пациенту в таком случае может быть оказана медицинская помощь в экстренной или неотложной форме с применением телемедицинских технологий, если ранее не был постановлен диагноз в рамках очного приема? Особенно этот вопрос актуален для тех категорий населения, для которых медицинская помощь является малодоступной по разным причинам. Речь идет, например, о жителях отдельных районов, областей, поселений России, где оказание квалифицированной медицинской помо-

щи в принципе затруднено. Другой пример – пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, которым сложно по каждому новому для них или неожиданно возникшему недомоганию обращаться за медицинской помощью лично в медицинскую организацию. Неужели, если такой человек обратится за неотложной или экстренной помощью, опишет подробно все свои симптомы, врач-консультант будет вынужден ему фактически отказать в необходимой медицинской помощи и в назначении даже самого легкого лекарственного препарата? Вполне вероятно, что последствием такого отказа станет не обращение гражданина лично в медицинскую организацию, а самолечение.

Во-вторых, в ФЗ №323-ФЗ, равно как и в вышеназванном Приказе Минздрава РФ, не разъяснено, сколько времени (дней, месяцев, лет) может пройти с момента постановки диагноза в рамках очного приема, в течение которого возможно назначать/корректировать лечение посредством применения телемедицинских технологий (речь идет о хронических заболеваниях, длящихся болезненных состояниях и т.д.). Состояние здоровья пациента может меняться, и ранее поставленный диагноз может стать неактуальным. Как скоро пациент снова должен идти на очный прием к врачу или же он сможет постоянно получать консультации и лечение с использованием телемедицинских технологий?

Во-третьих, остается непонятным, как электронной рецепт на то или иное лекарственное средство будет передаваться в аптеку. Законодательство до сих пор не дает точного ответа, сразу ли передается электронный рецепт в аптеку, минуя пациента, или же это делается через пациента. Большинство ученых склоняется к тому, что электронный рецепт сразу передается в аптеку. Но в таком случае выходит, что пациент лишен права выбора удобной ему аптеки! А это, в свою очередь, негативно влияет и на качество и доступность медицинской помощи.

В связи с обозначенными проблемами российского правового регулирования представляется актуальным обратиться к

опыту правового регулирования назначения лекарственных средств посредством телемедицины в США. Прежде всего, следует отметить, что в США назначение лекарственных средств через интернет, в том числе, путем применения телемедицинских технологий, существует уже давно, и, соответственно, правовое регулирование данного вопроса возникло раньше, чем в России, на протяжении долгих лет развивалось и продолжает развиваться и сейчас.

В США назначение лекарственных средств онлайн не ограничивается лишь применением телемедицинских технологий. Назначение лекарственных средств онлайн можно условно подразделить на 3 группы: назначение лекарственных средств посредством применения телемедицины, электронное назначение и интернет-назначение [5, с. 6] (последнего вида в России официально нет).

Назначение лекарств, подпадающее под первую категорию, а именно, телемедицинское назначение лекарств, имеет место после реальной встречи, организованной с помощью телемедицины. Программы телемедицины могут задействовать видеоконференции, камеры с высоким разрешением или теле-робототехнику. Пациент будет находиться под непосредственным наблюдением лицензированного врача. Что отличает этот тип назначения лекарств от традиционного назначения лекарств, так это то, что лечащий врач находится в другом месте, чем пациент.

Иными словами, в США разрешено назначение лекарственных средств без непосредственного очного приема в медицинской организации.

Например, телемедицинское назначение лекарственных средств используется в Центре партнеров по лечению инсульта с применением телемедицины в Массачусетской больнице общего профиля и Бригаме и Женской больнице [5, с. 7]. С помощью этой национальной программы больницы могут обеспечить повышенный уровень медицинской помощи своим пациентам, перенесшим инсульт, и во многих ситуациях могут реально спасти жизни и сократить число случаев потери трудоспособности.

В частности, врач, специализирующийся на инсультах, сможет определить ишемический инсульт и немедленно назначить одобренный Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов лекарствами препарат – активатор тканевого плазминогена (tPA). Этот препарат значительно снижает негативные последствия ишемических инсультов. Врачи должны вводить активатор тканевого плазминогена в течение трех часов после инсульта. Однако врачи отделения неотложной помощи часто не решаются назначить активатор тканевого плазминогена из-за рисков, связанных с препаратом, и из-за их неопытности в его применении. Программы телемедицины устраняют эти проблемы, поскольку ответственность за диагностику, лечение и назначение активатора тканевого плазминогена возлагается на врача телемедицины. Тем самым повышаются шансы на выздоровление среди пациентов [5, с. 8].

Вторая категория назначения лекарств онлайн – электронное назначение лекарств [5, с. 9]. Суть в том, что врач выдает рецепты в электронном виде и отправляет их в аптеку. Эта категория отличается от других, потому что рецепт не выдается в ответ на интернет-встречу с пациентом. Это также не обязательно является результатом применения телемедицины. Скорее, этот процесс работает аналогично традиционной встрече врача с пациентом: пациент посещает своего врача, проходит физическое обследование и получает соответствующий рецепт в качестве лечения. Традиция заканчивается, когда врач вместо того, чтобы выписать рецепт и выдать его пациенту, использует специальное программное обеспечение и создает рецепт в электронной форме.

Последняя категория – интернет-назначение – отличается основной ролью, которую интернет играет в выдаче рецепта [5, с. 10]. Можно утверждать, что наиболее определяющей характеристикой назначения лекарств через интернет является то, что все отношения между врачом и пациентом коренятся, поддерживаются и заканчиваются общением через Интернет. От-

ношения инициируются пациентом через веб-сайт. «Обследование» – это, как правило, заполненная онлайн-анкета. Рецепты выдаются, утверждаются и отправляются в электронном виде.

Эта форма назначения лекарственных средств может быть далее разделена на два вида.

Первый вид интернет-назначения осуществляется через веб-сайт после телекоммуникационного обследования врачом и предлагается в качестве дополнения к лечению врача первичной медицинской помощи [5, с. 11]. Оно не предназначено для замены традиционных отношений между врачом и пациентом или для лечения серьезных проблем со здоровьем. Веб-сайт выступает в качестве альтернативы традиционной медицине и стремится претендовать на законное место в мире телемедицинского здравоохранения, о чем свидетельствует искренняя попытка придерживаться руководящих правил и руководств.

Примером такого типа веб-сайта является TelaDoc [8]. Пациенты могут использовать TelaDoc, когда они сталкиваются с проблемой после рабочего времени или если они находятся в другом месте, чем их лечащий врач. Как только пациент обращается за медицинской помощью, ему назначается врач, имеющий лицензию в штате, в котором находится пациент. Врач может использовать онлайн-видеоконференции и/или телефонные переговоры для диагностики заболеваний и рекомендации лечения.

Второй вид интернет-назначений включает в себя то, что обычно называют «мошенническим сайтом» [5, с. 14]. Отношения между врачом и пациентом начинаются, когда пациент посещает мошеннический сайт и запрашивает консультацию. Вместо медицинского осмотра пациент заполняет онлайн-анкету, которая затем просматривается врачом, нанятым по гражданско-правовому или трудовому договору веб-сайтом. Врач назначит лекарство, которое затем будет доставлено непосредственно пациенту. Как правило, такие веб-сайты имеют несколько ограничений на лекарства, которые они готовы назначать.

Чаще всего обращают на себя внимание легальность (законность) мошеннических сайтов и их врачей, назначающих лекарственные средства [5, с. 14]. Огромное количество рецептов, которые выписывают врачи, работающие с этими веб-сайтами, также вызывает тревогу. Некоторые врачи выдают сотни рецептов в день. Чтобы достичь этого числа, меры предосторожности, предпринимаемые перед назначением лекарств, являются минимальными (если они вообще принимаются), и приемлемые отношения врач-пациент никогда не устанавливаются.

К числу средств, используемых для борьбы с нарушениями в сфере онлайн-аптек, относится база данных, именуемая «Система автоматизации отчетов и консолидированных заказов» («АРКОС»), созданная управлением по борьбе с наркотиками [7, с. 399]. Посредством данной системы производители и распространители лекарственных средств предоставляют Управлению информацию о наркотических веществах. В случае обнаружения факта реализации необычно большого объема контролируемых веществ, проводится расследование.

До 2008 года нормативное регулирование оборота лекарственных средств в США основывалась на двух актах – Федеральном законе о продуктах питания, лекарствах и косметике 1938 г. и Законе о контролируемых веществах 1970 г. [7, с. 398]. Однако, развитие сети интернет и развитие онлайн-торговли потребовало принятия нового закона, каким стал Закон Райана Хейта о защите прав потребителей интернет-аптек 2008 г. [6], названный в честь погибшего от передозировки приобретенного в интернете рецептурного препарата.

Основные положения данного закона заключаются в следующем:

Во-первых, закон прямо устанавливает запрет на распространение посредством сети интернет контролируемых веществ, являющихся лекарствами, отпускаемыми по рецепту, без «действительного» рецепта [7, с. 400].

«Действительным» является рецепт, выданный для законных медицинских целей в ходе профессиональной практики: а) прак-

тикующим врачом, который провел как минимум одну медицинскую оценку пациента лично, или б) «охватывающим» практикующим врачом (Covering practitioner). В последнем случае речь идет о ситуации, когда осмотр и медицинская оценка проводится по запросу врача, который либо провел хотя бы один личный осмотр пациента, либо оценку его состояния посредством применения телемедицинских технологий, или же когда врач временно не имеет возможности провести медицинскую оценку пациента [7, с. 400].

Во-вторых, закон устанавливает обязательную регистрацию для интернет-аптек в Управлении по борьбе с наркотиками [7, с. 400].

В-третьих, законом устанавливает обязательные для интернет-аптек требования к информации, размещаемой на сайте. В частности, должны быть опубликована декларация о соответствии требованиям закона, название и адрес аптеки, номер телефона и адрес электронной почты, сведения о наличии лицензии на выдачу контролируемых веществ, свидетельство о регистрации для распространения контролируемых веществ, информация о лице, проводящем обследование и выдающем рецепты [7, с. 401].

В-четвертых, законом установлена уголовная ответственность за незаконное распространение контролируемых веществ через интернет, либо пособничество в распространении [7, с. 401].

В-пятых, была расширена гражданско-правовая ответственность за нарушения в рассматриваемой сфере, в частности, штат может подавать гражданский иск в федеральный суд, в случае, когда имеются основания полагать, что интересы жителей штата находятся под угрозой в связи с деятельностью интернет-сайта [7, с. 401].

Итак, Законом Райана Хейта был создан комплекс мер, регулирующих с разных сторон интернет-назначение лекарственных средств. Однако, на практике выявился ряд недостатков правового регулирования.

Прежде всего, следует отметить, что Закон Райана Хейта имеет достаточно узкое действие и распространяется на слу-

чаи назначения контролируемых веществ на территории США. Таким образом, под действие закона не подпадает достаточно широкий перечень неконтролируемых рецептурных препаратов, а также иностранные интернет-сайты. Кроме того, закон не касается вопросов конфиденциальности пациентов.

Таким образом, и в США есть и свои проблемы в правовом регулировании назначения лекарственных средств. Как мы видим, большая часть проблем по исследуемому вопросу в США связана с так называемыми интернет-аптеками. Основные проблемы относятся к сайтам-аптекам, выписывающим рецепты онлайн по результатам прохождения опроса, и «мошенническим» интернет-аптекам. Первая проблема связана с тем, что онлайн-опрос, на основе которого выдается рецепт, гораздо менее точный и достоверный источник информации, чем непосредственный осмотр врача. Также пациент может намеренно искажать факты при прохождении опроса. В случае же «мошеннических» интернет-аптек, потребитель может просто выбрать желаемое лекарство, его количество, и сделать заказ, при этом рецепт не требуется, а сами препараты могут быть контрафактными или запрещенными. При этом потребитель может испытывать трудности с различением «законных» и «мошеннических» сайтов интернет-аптек.

По итогам настоящего исследования мы пришли к следующим выводам.

Во-первых, в России законодательство в области применения телемедицинских технологий (в том числе, по рассматриваемому вопросу) нуждается в дальнейшем реформировании. Необходимо разрешить вышеуказанные проблемы.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября. №263.
2. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.01.2018 №49577) // URL: <https://www.roszdravnadzor.ru/spec/medactivities/licensing/documents/50022> (дата обращения 27.11.2019).

3. Варюшин М.С. Правовое регулирование телемедицины в России и ЕС: два шага вперед и один назад // «Закон». 2018. №1. С. 165-174.
4. Соколенко Н.Н., Багнюк М.Е., Багнюк Д.В. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: некоторые проблемы правового регулирования / Н.Н. Соколюк, М.Е. Багнюк, Д.В. Багнюк // Медицинское право. 2018. №4. С. 14-17.
5. Baszynski, N. T. Prescribing in the Age of the Internet. Center for Telehealth & e-Health Law. 2010. 32 p. Available at: <http://www.ctel.org/research/Prescribing%20oin%20the%20Age%20of%20the%20Internet.pdf> (дата обращения 11.27.2019).
6. Ryan Haight online pharmacy consumer protection act of 2008. Public Law 110-425. 110th Congress. 2008. October, 15. Available at: <https://www.congress.gov/110/plaws/publ425/PLAW-110publ425.pdf> (дата обращения 27.11.2019).
7. Schultz, B. Online Pharmacy Regulation: How the Ryan Haight Online Pharmacy Consumer Protection Act Can Help Solve an International Problem [comments] // San Diego International Law Journal. Vol. 16. Issue 2. 2015. Pp. 381-416.
8. Website of TelaDoc // URL: <http://teladoc.com/> (дата обращения 27.11.2019).

Об авторах:

Карягина Екатерина Николаевна – аспирант кафедры предпринимательского и энергетического права Казанского (Приволжского) федерального университета, Казань, enkaryagina@gmail.com

Еникеев Айдар Рустемович – аспирант кафедры гражданского права Казанского (Приволжского) федерального университета, Казань, aidarenikeev5@gmail.com

Ekaterina Nikolaevna Karyagina – postgraduate of the department of business and energy law of Kazan (Volga region) Federal University, Kazan

Aidar Rustemovich Enikeev – postgraduate of the department of civil law of Kazan (Volga region) Federal University, Kazan

© Карягина Е.Н., Еникеев А.Р., 2020

К сведению авторов

Редакция журнала обращает внимание авторов на обязательное соблюдение правил оформления направляемых в редакцию трудов, которые детально представлены на сайте www.med-law.ru

Общие требования

Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала. Все статьи подвергаются обязательному независимому рецензированию соответствующими специалистами по профилю рецензируемой работы. В случае признания статьи несоответствующей требованиям, автору направляется мотивированный отказ в публикации.

Редакция журнала не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных и возможный ущерб, причиненный публикацией интересам третьих лиц. Ответственность за содержание представленной и опубликованной работы возлагается на автора (авторов) статьи.

Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары не выплачиваются. Рекламные материалы публикуются только в случае соответствия редакционной политике и за плату, размер которой устанавливается по согласованию заинтересованных сторон.

Направляя статью для публикации в журнал, автор соглашается, в случае ее принятия, с открытым доступом к тексту работы на сайтах размещения издания в сети интернет.

Направление в редакцию ранее опубликованных материалов, или уже представленных в другие издания, не допускается.

Требования к представляемым материалам

Объем оригинальных и обзорных статей не должен превышать двадцати тысяч (20 000) знаков. Объем публикаций, представляющих наблюдения из практики, рецензии – до десяти тысяч (10 000) знаков; информационные сообщения – до пяти тысяч (5 000) знаков. Пробелы, а также объем, составляющий списки использованной литературы и обязательных материалов при этом учитывать не следует.

Текст работы и прилагаемые к нему материалы должны быть тщательно выверены на предмет наличия грамматических, орфографических и стилистических ошибок.

В качестве редактора может использован любой текстовый процессор (Microsoft Word, TextEdit, OpenOffice и др.). Формат представления статьи *.doc, *.docx, *.rtf или *.odt.

Шрифт – Times New Roman, кегль 14, межстрочный интервал 1,5.

Абзацный отступ – 1,25 мм. **Не допускается установление абзацного отступа путем отбивок.**

Поля: верхнее и нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1 см.

Нумерация страниц не обязательна.

Таблицы оформляются подобно основному тексту. Таблицы должны быть пронумерованы, иметь названия, заголовки граф и строк, быть наглядными, не перегруженными. Допускается горизонтальное расположение таблиц, а также расположение на нескольких страницах. Все имеющиеся в таблицах сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь объяснения.

Для построения графиков и диаграмм следует использовать табличные редакторы (Microsoft Excel, OpenOffice). **Обязательным является предоставление соответствующего**

исходного файла использованного табличного редактора, а не только построенного на его основании изображения, внедренного в основной текст статьи. При отсутствии исходных файлов графики и диаграммы будут исключаться из публикации. При наличии изображений, создаваемых с использованием графических редакторов, представляется исходный файл в одном из стандартных форматов (*.tif, *.jpg, *.bmp, *.wmf, *.emf и др.) в разрешении не менее 300 точек на дюйм.

Все рисунки должны иметь порядковый номер, идентичный указанному в тексте статьи, заголовок, указанные непосредственно под изображением. Все имеющиеся в рисунках сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь объяснения.

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

В каждой публикации должны быть указаны на русском и английском языках следующие данные:

Сведения об авторах

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

Название публикации

Аннотация

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

Ключевые слова

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

Основной текст работы и остальные материалы должны быть тщательно выверены. Все имеющиеся цитаты должны иметь ссылки на литературные источники, которые должны быть пронумерованы. Обязательным является соответствие цифровых ссылок в тексте статьи и в списке литературы. В случае указания источника в тексте, следует в квадратных скобках указывать только его порядковый номер, согласно списку.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Оформление приставных ссылок и/или списков приставной литературы следует осуществлять в соответствии с требованиями ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления»

Дополнительно обращаем внимание авторов на то, что нормативно-правовые акты надлежит располагать в общем списке с единой нумерацией перед иными источниками. При этом нормативно-правовые акты должны быть расположены: а) в порядке юридической значимости; б) в хронологическом порядке. В качестве их источников должны выступать официальные издания.

К рассмотрению принимаются материалы, направленные в адрес редакции по электронной почте **nimp@med-law.ru** или на электронных носителях. В сопроводительном письме указываются сведения об авторах, название работы, используемое программное обеспечение и форматы представляемых материалов.

Предоставление материалов на бумажном носителе не требуется.

Представленные материалы и электронные носители не возвращаются.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА