



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 10

№ 1–2

Москва
2024

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, 2024. Том 10.
№1-2 (23-24). 128 с. URL: [https://elibrary.ru/
title_about.asp?id=58307](https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307)

ISSN 2658-6312

Редакционная коллегия:

Главный редактор

Павлова Юлия Владимировна

кандидат юридических наук, доцент

Члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович

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

Каменская Наталья Андреевна

кандидат юридических наук

Куранов Владимир Григорьевич

кандидат юридических наук

Поспелова Светлана Игоревна

кандидат юридических наук

Техническая редакция:

Рамшвили Автандил Демурович

кандидат медицинских наук, доцент

Довнар Алексей Николаевич

Адрес редакции:

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

Журнал включен в систему Российского
индекса научного цитирования

Издается с 2015 года

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

© Национальный институт
медицинского права, 2024

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№ 1-2 [23-24]

Том 10

ЯНВАРЬ - ИЮНЬ 2024

Москва
2024

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№ 1-2 [23-24]

VOLUME 10

JANUARY - JUNE 2024

Moscow
2024

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2024. Vol 10. №1-2 (23-24). 128 p. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board:

Editor-in-Chief

Yulia Vladimirovna Pavlova

candidate of legal Sciences, associate Professor

Board member

Sergey Vladimirovich Erofeev

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

Natalia Andreevna Kamenskaya

candidate of legal Sciences

Vladimir Grigorievich Kuranov

candidate of legal Sciences

Svetlana Igorevna Pospelova

candidate of legal Sciences

Technical editorial board:

Avtandil Demurovich Ramishvili

candidate of medical Sciences, associate Professor

Alexey Nikolaevich Dovnar

Address of edition:

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

The journal is included in the Russian science citation index

Published in 2015

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

© National Institute of medical law, 2024

От редакционной коллегии

Работы, представленные в очередном номере, демонстрируют широкий диапазон направлений, существующих в правовом регулировании медицинской деятельности — от проблем оформления информированного согласия до применения искусственного интеллекта в медицине. Авторы публикаций демонстрируют на основе анализа действующего законодательства и правоприменительной практики изменения, происходящие как в правовом поле, так и в общественном сознании в целом.

Традиционно следует отметить работы молодых авторов, в которых на достойном академическом уровне анализируются проблемы медицинского права, включая довольно сложные.

Освещаются такие неоднозначные, сложные направления, как определение правового статуса плода, развитие регенеративной медицины, потребительский экстремизм в сфере медицинских услуг, установление причинной связи между действиями медицинского работника и наступившими последствиями. Эти направления весьма многогранны, их отличает очевидный междисциплинарный характер, высокая общественно-социальная резонансность.

В публикациях поднимаются практические вопросы нормативного регулирования медицинской деятельности, имеющие определяющее значение для развития отрасли: эффективность нормы времени, отведённой на приём пациента; проблема правового статуса лечащего врача в отделении анестезиологии и реанимации.

Защита пациентов всегда была одним из важнейших направлений, рассматриваемых в журнале и ряд работ в выпуске посвящён ей. Авторы освещают проблемы реализации отдельных прав недееспособных лиц, интересы несовершеннолетних при реализации законным представителем права на отказ от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни ребенка. Последний вопрос приобрёл на сегодняшний день, без преувеличения, критическое значение.

Продолжает развиваться медиативное направление, о котором также пишут авторы в новом выпуске. Интересно то, что медиация предлагается в качестве инструмента разрешения трудовых конфликтов в медицинских учреждениях. Сегодня, когда социальное партнёрство

является, скорее желаемым, чем действительным, такой вариант отношений обращает на себя внимание.

Пожалуй, никогда не утратят актуальность вопросы регулирования оборота лекарственных средств и медицинской продукции, поскольку они тесно связаны с коммерческими интересами, что предполагает их коррупциогенность и высокую вероятность возникновения конфликтов интересов — в номере этому посвящена работа об уголовной ответственности в области регулирования оборота медицинской продукции.

Одна из наиболее острых проблем, относящаяся к сфере отношений между медицинским сообществом и обществом в целом, это проблема потребительского экстремизма. Явление активно развивается и безусловно требует своего осмысления для принятия корректирующих решений. В работе, посвященной потребительскому экстремизму в сфере медицинских услуг, говорится как о явлении в целом, так и об аспектах, касающихся процессуальных вопросов взыскания морального ущерба — понятия, активно используемого недобросовестными потребителями-пациентами, в качестве своего инструмента.

Институт обязательного медицинского страхования в России, представляющий собой совокупность сложных регуляторных процессов, в течение всей своей уже более чем тридцатилетней истории, продолжает оставаться проблематичным для понимания не только широких кругов медицинского сообщества, но и многих специалистов в области организации здравоохранения. В работе, посвященной возможностям проведения профилактики заболеваний за счет обязательного медицинского страхования, представлен эффективный механизм организации подобной деятельности.

Редакция журнала продолжает деятельность по освещению проблем, входящих в предмет медицинского права. Авторы, которым близко данное направление, находящиеся в контексте медико-правовых отношений и области теории, и в практической области, всегда будут приниматься в издании с глубокой заинтересованностью и уважением.

Содержание

Бескаравайный Е. Б., Снег С. Б., Бескаравайная А. В.	9	Egor Beskaravayniy, Svetlana Sneg, Anna Beskaravainaya
ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИАЦИИ В РАЗРЕШЕНИИ ТРУДОВОГО КОНФЛИКТА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ		APPLICATION OF MEDIATION IN RESOLVING LABOR CONFLICTS IN MEDICAL INSTITUTIONS
Гаганов А. А.	14	Alexander Gaganov
О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ РЕАЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ПРАВ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ИХ ЗДОРОВЬЯ		ABOUT SOME PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF SPECIFIC RIGHTS OF DISABLED PERSONS IN THE FIELD OF PROTECTING THEIR HEALTH
Григорьева А. Е., Маслова Е. Н.	23	Arina Grigorieva, Elena Maslova
УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ		CRIMINAL LIABILITY MEDICAL WORKERS IN THE AMUR REGION
Данилова А. Ю.	29	Anna Danilova
ПРОБЛЕМЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБОРОТА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ		PROBLEMS OF CRIMINAL LIABILITY IN THE FIELD OF REGULATION OF MEDICAL PRODUCTS
Данильчук Д. В., Симонян Р. З.	38	Darya Danilchuk, Rimma Simonyan
О ПРОБЛЕМЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВОВОГО СТАТУСА ПЛОДА		ON THE PROBLEM OF DETERMINING THE LEGAL STATUS OF THE FETUS
Довнар А. Н.	46	Alexey Dovnar
РЕТРОСПЕКТИВА РАЗВИТИЯ РЕГЕНЕРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ФОКУСЕ ЕЁ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РОССИИ		RETROSPECTIVE OF THE DEVELOPMENT OF REGENERATIVE MEDICINE IN THE FOCUS OF ITS LEGISLATIVE REGULATION IN RUSSIA
Ковалёва И. А.	54	Irina Kovaleva
К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИАЦИИ В СПОРАХ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ		ON THE ISSUE OF THE APPLICATION OF MEDIATION IN DISPUTES WITH MEDICAL ORGANIZATIONS
Колотильщикова Е. В.	62	Elena Kolotilshchikova
НЕТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В ИНФОРМИРОВАННОМ ДОБРОВОЛЬНОМ СОГЛАСИИ		NON-TYPICAL ERRORS IN VOLUNTARY INFORMED CONSENT IN RESEARCH AND CLINICAL CARE
Кущенко В. В.	69	Vitalina Kushchenko
ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ ЭКСТРЕМИЗМ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЗЫСКАНИЯ МОРАЛЬНОГО УЩЕРБА ОТ ДЕФЕКТОВ ИНФОРМИРОВАНИЯ		CONSUMER EXTREMISM IN THE FIELD OF MEDICAL SERVICES. PROCEDURAL ISSUES OF RECOVERY OF MORAL DAMAGE FROM INFORMATION DEFECTS

<p style="text-align: center;">Павлова Ю. В.</p> <p style="text-align: center;">ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</p>	78	<p style="text-align: center;">Julia Pavlova</p> <p style="text-align: center;">LEGAL ASPECTS OF DRUG PROVISION FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES</p>
<p style="text-align: center;">Погодина Т. Г., Кувшинов И. А.</p> <p style="text-align: center;">ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА, ИЛИ КТО ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ В ОТДЕЛЕНИИ</p>	89	<p style="text-align: center;">Tatyana Pogodina, Ivan Kuvshinov</p> <p style="text-align: center;">THE LEGAL BASIS OF THE ACTIVITY OF AN ANESTHESIOLOGIST-RESUSCITATOR, OR WHO IS THE ATTENDING PHYSICIAN IN THE DEPARTMENT</p>
<p style="text-align: center;">Салоян Г. В.</p> <p style="text-align: center;">КОМПЕНСАЦИЯ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО СМЕРТЬЮ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО В СЛУЧАЕ ОКАЗАНИЯ НЕАДЛЕЖАЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</p>	93	<p style="text-align: center;">Gulia Saloyan</p> <p style="text-align: center;">COMPENSATION FOR MORAL DAMAGE, CAUSED BY THE DEATH OF A CLOSE RELATIVE DUE TO THE PROVISION OF INADEQUATE MEDICAL CARE</p>
<p style="text-align: center;">Сосина Ю. Г.</p> <p style="text-align: center;">НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАЩИТЫ ИНТЕРЕСОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПРАВА НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НЕОБХОДИМОГО ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ РЕБЕНКА</p>	99	<p style="text-align: center;">Yulia Sosina</p> <p style="text-align: center;">SOME PROBLEMS OF PROTECTING THE RIGHTS OF MINORS WHEN A LEGAL REPRESENTATIVE EXERCISES THE RIGHT TO REFUSE MEDICAL INTERVENTION NECESSARY TO SAVE A CHILD'S LIFE</p>
<p style="text-align: center;">Харитоновна М. В.</p> <p style="text-align: center;">ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОРМЫ ВРЕМЕНИ, ОТВЕДЁННОЙ НА ПРИЁМ ПАЦИЕНТА: ВЗГЛЯД МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА</p>	107	<p style="text-align: center;">Maria Kharitonova</p> <p style="text-align: center;">THE EFFECTIVENESS OF STANDARD TIMES OF MEDICAL APPOINTMENT FOR A PERSON: HEALTH PROFESSIONAL'S VIEW</p>
<p style="text-align: center;">Шевченко О. А., Свередюк М. Г.</p> <p style="text-align: center;">ОБ ИТОГАХ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРАВОВЫЕ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, РОБОТ-ХИРУРГИЯ, ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»</p>	112	<p style="text-align: center;">Olga Shevchenko, Maxim Sverediuk</p> <p style="text-align: center;">ON THE RESULTS OF THE ALL-RUSSIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION «LEGISLATIVE ASPECTS AND LEGAL UNCERTAINTIES OF NEW TECHNOLOGIES IN THE IMPLEMENTATION OF MEDICAL ACTIVITIES: ARTIFICIAL INTELLIGENCE, ROBOTIC SURGERY, GENETIC AND PHARMACEUTICAL ASPECTS»</p>
<p style="text-align: center;">Шкитин С. О., Березников А. В.</p> <p style="text-align: center;">РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ПРОФИЛАКТИКА ЗА СЧЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</p>	118	<p style="text-align: center;">Sergey Shkitin, Alexey Bereznikov</p> <p style="text-align: center;">RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS INFECTION: PREVENTION THROUGH COMPULSORY HEALTH INSURANCE</p>
Сообщения	123	Messages

Бескаравайный Е. Б., Снег С. Б., Бескаравайная А. В.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИАЦИИ В РАЗРЕШЕНИИ ТРУДОВОГО КОНФЛИКТА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В статье рассматривается применение медиации в разрешении трудовых конфликтов в медицинском учреждении. Представлены основные виды трудовых конфликтов, возникающих в медицинских учреждениях, обзор теоретических основ медиации, описаны виды трудовых конфликтов в медицинских учреждениях, при которых может применяться медиация, преимущества и возможности использования медиации в контексте медицинской практики. Авторы рассматривают такие аспекты, как коммуникация и взаимодействие между медицинскими работниками на примере сценариев типовых трудовых конфликтов. Статья опирается на нормативно-правовые акты, связанные с медиацией в здравоохранении. Цель статьи — предоставить читателям представление о перспективах практического применения медиации в здравоохранении и показать ее актуальность, высокую практическую значимость и эффективность.

Ключевые слова: медиация, процедура медиации, трудовой конфликт, медиация в здравоохранении, медиация в медицине

Egor Beskaravayniy, Svetlana Sneg, Anna Beskaravainaya

APPLICATION OF MEDIATION IN RESOLVING LABOR CONFLICTS IN MEDICAL INSTITUTIONS

The article describes the use of mediation in resolving labor issues in medical institutions. The main types of labor conflicts that arise in medical institutions are presented, an overview of the theoretical foundations of mediation is presented, the types of labor conflicts in medical institutions in which mediation can be used, the advantages and possibilities of using mediation in the context of medical practice are described. The authors consider such aspects as communication and interaction between medical workers using the example of scenarios of typical labor conflicts. The article is based on regulations related to mediation in healthcare. The purpose of the article is to provide readers with an idea of the prospects for the practical application of mediation in healthcare and to show its relevance, high practical significance and effectiveness.

Keywords: mediation, mediation procedure, labor conflict, mediation in healthcare, mediation in medicine

Трудовые конфликты являются неотъемлемой частью трудовых отношений. В условиях современного динамичного мира, где интересы работодателей и работников могут различаться, а условия труда непрерывно меняются, возникновение конфликтов кажется неизбежным. Однако

ключевым не столько является сам факт появления конфликта, сколько способы его разрешения. Именно здесь на сцену входит медиация — метод урегулирования споров, который представляет собой посредничество между сторонами для достижения взаимоприемлемого решения.

К процедуре медиации как альтернативному способу урегулирования споров стороны могут прибегнуть, если они самостоятельно, например, с помощью переговоров, не могут достигнуть взаимовыгодного соглашения, но есть шанс прийти к конструктивному решению при содействии посредника, не дожидаясь вынесения судебного акта [1].

Умение разрешать коллизии посредством ведения переговоров, а не с помощью силового воздействия, всегда было в приоритете для человека, которому свойственно руководствоваться в большей степени рациональностью и прагматикой, нежели инстинктами и эмоциями [2].

Медиация в трудовых конфликтах выходит за рамки традиционного понимания посредничества. Она делает акцент не на юридическом разбирательстве, а на восстановлении и поддержании конструктивных взаимоотношений между сторонами. Роль медиатора здесь уникальна: его задача — помочь участникам конфликта не только найти компромисс, но и осознать коренные причины возникновения разногласий.

Преимущества медиации в трудовых конфликтах многочисленны. Во-первых, это конфиденциальность. В отличие от судебных разбирательств, информация, выявленная в ходе медиации, не становится достоянием общественности, что важно для сохранения деловой репутации компании и личного имиджа работников. Во-вторых, медиация позволяет не только решить текущий спор, но и выработать долгосрочные механизмы предотвращения аналогичных ситуаций в будущем. Это достигается за счет глубинного анализа корней проблемы и разработки эффективной стратегии взаимодействия сторон. Наконец, медиация значительно экономит время и ресурсы, которые могли бы быть потрачены на длительные и изнурительные судебные тяжбы.

Конфликты внутри медицинского персонала, связанные с перегрузкой работой, распределением обязанностей и взаимоотношениями в коллективе или конфликты между пациентами и управлением

медучреждений по проблемам доступа к медицинским услугам, отказа в лечении или платежами за услуги, к сожалению, нередко имеют место в медицинских учреждениях.

Основные виды трудовых конфликтов, возникающих в медицинских учреждениях

1. Конфликты, связанные с рабочим графиком — включают споры по чрезмерно длительной работе, неоплачиваемому сверхурочному труду, некорректному распределению рабочего времени, а также отсутствию гибкости в графике работы.
2. Конфликты из-за низкого уровня заработной платы — один из наиболее частых источников трудовых конфликтов, когда работники считают, что их труд оплачивается недостаточно справедливо по сравнению с вложенными усилиями или рыночными стандартами.
3. Конфликты, связанные с условиями безопасности и здоровья — возникают, когда рабочее место или условия труда угрожают физическому и психологическому здоровью сотрудников, включают в себя недостаточные меры по обеспечению безопасности на рабочем месте.
4. Конфликты, связанные с микроклиматом и условиями внутри коллектива — включают дискриминацию, моббинг, недовольство корпоративной культурой или управленческим стилем.
5. Конфликты из-за отсутствия или недостатка социальных гарантий и льгот — возникают, когда работники не получают или получают ограниченные социальные гарантии, такие как медицинская страховка, отпуска, пенсионные взносы.
6. Конфликты из-за непредоставления возможностей для профессионального роста и развития — когда работники чувствуют, что их карьерное развитие или обучение не поддерживается работодателем, что приводит к фрустрации и снижению мотивации.

Виды трудовых конфликтов в медицинском учреждении, при которых может применяться медиация

1. Конфликты, связанные с условиями работы: вопросы зарплаты, рабочего графика, безопасности на рабочем месте.
2. Личные конфликты между сотрудниками: включают неформальные споры, недопонимание или разногласия между коллегами.
3. Конфликты, связанные с продвижением по службе и оценкой работы: споры о повышении по службе, оценках эффективности работы, присвоении наград и премий.

Возможности и преимущества применения медиации в разрешении конфликтов

- создание безопасной и конфиденциальной среды для обсуждения проблемы всеми сторонами, что важно для чувствительной темы здравоохранения;
- переход к открытому общению между сторонами для ясного понимания причин конфликта и предлагаемых решений;
- оказание содействия в выработке взаимовыгодных решений, учитывающих интересы всех сторон и позволяющих сохранить профессиональные отношения;
- уход от судебных разбирательств, которые могут быть затратными и нежелательными для обеих сторон;
- рост удовлетворенности персонала, способствующий взаимопониманию и предотвращению будущих конфликтов.

В целях практического использования рассмотрим некоторые сценарии типовых трудовых конфликтов и примеры их разрешения с участием медиатора

Сценарий 1: Конфликт по условиям работы

Ситуация: работник ощущает дискомфорт из-за длительного рабочего дня, связанного с большим объёмом работы и нежелания работодателя обсудить возможность материального стимулирования.

Медиатор: «Давайте обсудим суть проблемы. Работник, объясните, в чем заклю-

чается ваше предложение и почему оно важно для вас?»

Работник: «Я чувствую, что длительные рабочие дни, сказывающиеся на моем здоровье и производительности, должны дополнительно компенсироваться работодателем, что позволило бы мне правильно настроиться на работу и лучше сбалансировать психологическое состояние.»

Работодатель: «Я понимаю ваше желание, но субъективное мнение должно быть подтверждено объективными фактами.»

Медиатор: «Предлагаю найти компромисс. Может быть, непосредственный руководитель работника поможет нам составить правильную объективную оценку проблемы работника?»

Сценарий 2: Личный конфликт между сотрудниками

Ситуация: два сотрудника постоянно конфликтуют, что снижает их производительность и создает напряженную атмосферу в коллективе.

Медиатор: «Что, по вашему мнению, является корнем конфликта? Позвольте каждому выразить свои чувства и увидеть ситуацию глазами другого.»

Работник А: «Я чувствую, что моя работа постоянно критикуется без конструктивного обсуждения.»

Работник Б: «Иногда мне кажется, что А не учитывает работу и время других сотрудников отделения.»

Медиатор: «Давайте установим правила конструктивного взаимодействия и обратной связи, которые будем соблюдать в нашей командной работе.»

Сценарий 3: Конфликт по поводу оценки работы

Ситуация: работник чувствует несправедливость в оценке его работы, что повлияло на его премирование.

Медиатор: «Позвольте каждой стороне объяснить свою позицию по этому вопросу, начнем с работника.»

Работник: «Я считаю, что вложила много усилий в этом месяце, но это не было должным образом оценено.»

Работодатель: «Ваши усилия заметны,

однако, есть определенные аспекты, которые мы должны учесть.»

Медиатор: «Как насчет того, чтобы совместно разработать критерии эффективности работника, который включит цели и ожидания с обеих сторон и предусмотрит периодическую обратную связь?»

Таким образом, примеры применения медиации в трудовых конфликтах демонстрируют ее актуальность, высокую прак-

тическую значимость и эффективность. В случае споров, связанных с условиями труда, медиация помогает осветить все стороны вопроса и найти компромисс, который будет учитывать как заботу о благополучии персонала, так и экономические ограничения работодателя. При личных конфликтах между сотрудниками медиация способствует разрядке напряженности и восстановлению доверительных отношений.

Список литературы:

1. Котлярова В. В. Альтернативные способы урегулирования и разрешения споров в России: учебное пособие / под редакцией доктора юридических наук А. В. Юдина. Самара: Издательство Самарского университета, 2021. 104 с.
2. Богданов Н. Е., Сафронов А. С. Историко-правовой аспект развития и некоторая проблематика альтернативной процедуры урегулирования споров с участием посредника в российском арбитражном процессе // Уральский журнал правовых исследований. 2022. №2 (19). С. 10-19.
3. Ковтун Н. А., Романов Г. Г., Берестова А. А. Медиация в трудовых спорах: опыт применения в Российской Федерации и странах Запада // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. 2023. №6 (157). С. 90-95.
4. Колотильщикова Е. В. Медиация в сфере здравоохранения: необходимость или утопия? // Медицинское право: теория и практика. 2020. Т. 6. №2 (12). С. 39-44.
5. Кирова Т. А. Дифференциация прав и обязанностей медицинских работников // Медицинское право: теория и практика. 2017. Т. 3. №2 (6). С. 84-90.
6. Марков С. М. Медицинская медиация в России, её возможности и перспективы // Медицинское право. 2017. №6. С. 25-29.
7. Нургазинов Б. К. Урегулирование споров о медицинских инцидентах в порядке медиации в контексте норм АППК РК // Медицинский журнал Астана. 2020. №4 (106). С. 318-327.
8. Овсепян А. Н., Ованесян Р. А. Сравнительная оценка тяжести синдрома эмоционального выгорания у врачей, допустивших дефекты медицинской помощи // Медицинское право: теория и практика. 2018. Т. 4. №2 (8). С. 27-33.
9. Морозов Д. А., Яновский А. С., Коршиков С. С. и др. Правовые аспекты защиты жизни и здоровья медицинских работников // Медицинское право: теория и практика. 2017. Т. 3. №2 (6). С. 109-117.
10. Старченко А. А. Медицинские услуги: обычаи и обычно предъявляемые требования // Медицинское право: теория и практика. 2018. Т. 4. №2 (8). С. 49-55.
11. Федеральный закон от 27.08.2010 №193-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» // Собрание законодательства Российской Федерации, 02.09.2010, №31, ст. 4162.
12. Фокина Е. М. Споры по правилам: участие медиатора в регулировании семейных правоотношений // Современные проблемы права, экономики и управления. 2018. №2 (7). С. 263-267.
13. Юдина А. А. Правовые проблемы в практике медицинского работника // Медицинское право: теория и практика. 2019. Т. 5. №2 (10). С. 48-51.

Об авторах:

Бескаравайный Егор Борисович — начальник филиала №1 ФГКУ «1469 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, кандидат медицинских наук, Архангельск, ThM-VE@yandex.ru

Снег Светлана Борисовна — специалист по охране труда Архангельского регионального центра связи — структурного подразделения Ярославской дирекции связи — структурного подразделения Центральной станции связи филиала ОАО «РЖД», Архангельск, galina8918@gmail.com

Бескаравайная Анна Владимировна — заведующая 3 терапевтическим (гастроэнтерологическим) отделением ГБУЗ Архангельской области «Первая ГКБ им. Е. Е. Волоевич», Архангельск, ulitka2506@yandex.ru

Egor Borisovich Beskaravayniy — Head of branch 1, 1469 Naval Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Russian Federation, candidate of medical sciences, Arkhangelsk

Svetlana Borisovna Sneg — occupational safety specialist of the Arkhangelsk Regional Communications Center - a structural unit of the Yaroslavl Communications Directorate - a structural unit of the central communication station of the branch of JSC Russian Railways

Anna Vladimirovna Beskaravainaya — head of the 3rd therapeutic (gastroenterological) department of the Arkhangelsk region SBHI «1 CCH named after E. E. Volosevich», Arkhangelsk

© Бескаравайный Е. Б., Снег С. Б., Бескаравайная А. В., 2024

Для цитирования:

Бескаравайный Е. Б., Снег С. Б., Бескаравайная А. В. Применение медиации в разрешении трудового конфликта в медицинских учреждениях // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 9-13.

For citation:

Beskaravayniy E. B., Sneg S. B., Beskaravainaya A. V. Application of mediation in resolving labor conflicts in medical institutions // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 9-13.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 7.06.2024 г.

Гаганов А. А.

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ РЕАЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ПРАВ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ИХ ЗДОРОВЬЯ

В статье анализируются многочисленные дефекты правового регулирования дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство недееспособными лицами, а также организации ознакомления их с медицинской документацией. Автор отмечает, что на сегодняшний день отсутствуют критерии и порядок определения возможности дачи согласия самим недееспособным лицом, законодательством не предусмотрены последствия неуведомления органа опеки и попечительства об отказе недееспособного от медицинского вмешательства, возможен конфликт интересов при совпадении в одном лице опекуна и поставщика социальных услуг. Статья содержит ряд предложений по совершенствованию законодательства Российской Федерации в рассматриваемой сфере.

Ключевые слова: психическое расстройство, инвалиды, ментальная инвалидность, лица с ментальной инвалидностью, права пациента, защита прав пациентов, психиатрическая помощь, информированное добровольное согласие, недееспособность, охрана здоровья

Alexander Gaganov

ABOUT SOME PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF SPECIFIC RIGHTS OF DISABLED PERSONS IN THE FIELD OF PROTECTING THEIR HEALTH

This article analyzes the defects in the legal regulation of obtaining informed voluntary consent to medical intervention from an incompetent person, as well as familiarizing him with medical documentation. The author notes that today there are no criteria and procedures for determining the possibility of giving consent by an incapacitated person himself, the legislation does not provide for the consequences of failure to notify the guardianship authority about the refusal of an incapacitated person to undergo medical intervention, and a conflict of interests is possible when a guardian and a social service provider coincide in one person. The article contains proposals for improving the legislation of the Russian Federation in the area under consideration.

Keywords: mental disorders, disabled persons, mental disability, persons with mental disabilities, patient rights, patient advocacy, psychiatric care, informed voluntary consent, incapacity, health protection, health care

Подписание информированного добровольного согласия является обязательным условием оказания медицинской помощи, за исключением случаев, прямо установленных законом в части 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации»¹ (далее — ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ). В отношении недееспособных лиц действует специальная норма, согласно которой информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее — ИДС) дает закон-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. №48. Ст. 6724.

ный представитель в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство (пункт 1 части 2 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ). На практике получение ИДС у недееспособного лица вызывает много вопросов, что свидетельствует об актуальности данной темы.

Отсутствие критериев способности к даче согласия на медицинское вмешательство

Нередко медицинские организации игнорируют оговорку «если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство» и во всех случаях подписывают ИДС на медицинское вмешательство в отношении недееспособного гражданина у его опекуна.

Закон не содержит критериев и порядка определения способности недееспособного гражданина дать согласие на медицинское вмешательство. Как медицинская организация должна зафиксировать факт способности или неспособности дать ИДС: достаточно ли здесь мнения медицинского работника, который предоставляет информацию о медицинском вмешательстве; можно ли ограничиться мнением врача, если он не является врачом-психиатром; нужно ли выносить этот вопрос на рассмотрение врачебной комиссии, должен ли в состав такой комиссии входить врач-психиатр? На все эти вопросы нет ответа. На проблему отсутствия критериев для оценки способности недееспособного лица дать согласие указывают и авторы Закона Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»² (далее — Закон от 02.07.1992 №3185-1) [2, с. 71].

Эти вопросы могут иметь правовое значение, например, в случае расхождения мнений опекуна и подопечного относительно нуждаемости последнего в медицинской помощи. Опекуны, в силу пункта

3 статьи 36 Гражданского кодекса Российской Федерации³ (далее — ГК РФ), обязаны обеспечивать подопечных лечением. Если недееспособный гражданин в состоянии сам дать ИДС, а значит и отказаться от медицинского вмешательства, то опекун не во всех случаях сможет исполнить свою обязанность по обеспечению подопечного лечением. Представляется, что на практике в ситуации конфликта между опекуном и подопечным по вопросу согласия на медицинское вмешательство будет преобладать мнение опекуна. Однако, по нашему мнению, закон должен обеспечивать эффективный и прозрачный механизм получения ИДС от недееспособного гражданина, который мог бы объективно защитить его права на добровольность получения медицинской помощи, ведь это касается также и психиатрической помощи.

Отметим, что ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ содержит оговорку о возможности подписания ИДС опекуном недееспособного гражданина, однако ничего не говорит об ограниченно дееспособных лицах, которые также в силу своего психического состояния могут быть неспособны дать ИДС самостоятельно. Строго говоря, даже дееспособные граждане как страдающие психическими расстройствами, так и не страдающие ими, могут быть неспособны дать ИДС.

Стоит заметить, что часть 9 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ частично разрешает эти проблемы, называя случаи, когда медицинское вмешательство возможно без согласия гражданина и даже без согласия его законного представителя: два из семи таких случаев касаются ситуаций, когда пациент не может выразить свою волю (если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю, и отсутствует законный представитель). Одна-

² Закон Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 30.12.2021) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. №33. Ст. 1913.

³ Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ (ред. от 11.03.2024) // СЗ РФ. 1994. №32. Ст. 3301.

ко эти исключения не покрывают ординарных ситуаций, когда гражданин может быть неспособен дать ИДС.

Вместе с тем при отсутствии экстренных показаний вопрос об оказании медицинской помощи и, следовательно, получении ИДС может быть отложен. Например, если в медицинскую организацию обращается лицо, страдающее психическим расстройством, неспособное говорить, но владеющее средствами альтернативной дополнительной коммуникации (далее — АДК), а в медицинской организации нет работников, способных общаться с использованием указанных средств, то вне экстренных показаний вопрос об оказании медицинской помощи может быть отложен до привлечения посредника, владеющего АДК.

Проблема подписания ИДС может возникнуть и в случае, если недееспособный гражданин, хотя и способен по своему состоянию дать ИДС, но не умеет читать или писать. В такой ситуации, а также, например, когда человек обездвижен, может потребоваться привлечение рукоприкладчика и опекуна, который проконтролирует, что подопечному устно в доступной форме разъяснены все аспекты медицинского вмешательства, а текст ИДС совпадает с предоставленной ему устной информацией.

Другой проблемой, связанной с получением ИДС или отказа от медицинского вмешательства, является неопределенность правовых последствий несоблюдения процедур при отказе недееспособного лица от медицинского вмешательства.

Отсутствие правовых последствий неуведомления органов опеки и попечительства об отказе от лечения

В соответствии с частью 1 статьи 12 Закона от 02.07.1992 №3185-1, лицо, страдающее психическим расстройством, в том числе недееспособное лицо, которое по своему состоянию способно заявить отказ от лечения, вправе отказаться от предлагаемого лечения или потребовать его прекращения. Если недееспособный гражданин сам отказывается от лечения или требует его прекращения, его законный представи-

тель извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного не позднее дня, следующего за днем отказа от лечения или его прекращения. Аналогичная норма содержится и в части 5 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ. Данная норма является императивной, однако ответственность за ее нарушение не установлена. Закон не закрепляет последствия отсутствия извещения органа опеки и попечительства [2, с. 71], также он не содержит и последствий извещения органа опеки и попечительства, то есть полномочий этого органа на случай поступления такой информации.

Теоретически в случае отсутствия извещения опекуном органов опеки и попечительства об отказе недееспособного от лечения могут наступить последствия, предусмотренные статьей 29 Федерального закона от 24.04.2008 №48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»⁴ (далее — ФЗ от 24.04.2008 №48-ФЗ). Так, пунктом 1 части 5 статьи 29 ФЗ от 24.04.2008 №48-ФЗ предусмотрено, что при обнаружении ненадлежащего исполнения опекуном своих обязанностей он может быть отстранен от их исполнения. Представляется, что для отстранения опекуна от исполнения возложенных на него обязанностей неуведомление органов опеки и попечительства должно было повлечь негативные последствия для подопечного. Однако поскольку у органов опеки и попечительства нет специальных полномочий на случай отказа подопечного от медицинского вмешательства, неясно, какие негативные последствия могли бы иметься в виду.

Конфликт интересов при совпадении в одном лице опекуна и поставщика социальных услуг

Особая коллизия в оформлении документов, необходимых для оказания медицинской помощи, возникает в случае, когда лицо, страдающее психическим расстройством, является недееспособным и проживает в психоневрологическом ин-

⁴ Федеральный закон от 24.04.2008 №48-ФЗ (ред. от 10.07.2023) «Об опеке и попечительстве» // СЗ РФ. 2008. №17. Ст. 1755.

тернате. В силу пункта 4 статьи 35 ГК РФ обязанности опекунов таких граждан исполняют сами интернаты. Такие учреждения, как правило, имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности. В этом случае может возникнуть ситуация, когда интернат сам оказывает медицинскую помощь недееспособному получателю социальных услуг, и сам подписывает ИДС от имени гражданина, а также фактически сам с обеих сторон подписывает договор о предоставлении социальных услуг, включая социально-медицинские услуги.

По имеющейся практике, психоневрологические интернаты преимущественно не задаются вопросом, способен ли недееспособный получатель социальных услуг по своему состоянию дать ИДС [1, с. 82]. Все изложенное в равной степени справедливо для случаев оказания и психиатрической помощи (в том числе в психиатрической больнице, исполняющей обязанности опекуна недееспособного пациента). В ситуации, когда психиатрическую помощь оказывает психоневрологический интернат, и он же подписывает ИДС на оказание психиатрической помощи недееспособному гражданину, возможны злоупотребления со стороны интерната. Такие злоупотребления не только возможны, но и нередко происходят на практике.

Например, в психоневрологических интернатах нередко осуществляется формальное подписание ИДС. При этом в ИДС не всегда указывается медицинский работник, который осуществляет обязательное информирование пациента. Также не всегда на практике пациенту, проживающему в интернате, разъясняются в доступной форме цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с этим риски, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, что обязательно должно быть сделано в соответствии с частью 1 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ.

Следует учитывать, что часть 2 статьи 11 Закона от 02.07.1992 №3185-1 содержит расширенную, по сравнению с частью 1 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ, формулировку

в отношении того, о чем должен врач проинформировать лицо, страдающее психическим расстройством: лицо должно быть проинформировано не только в доступной для него форме, но и с учетом его психического состояния о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. На практике в психоневрологических интернатах лица, страдающие психическими расстройствами, нередко не информируются о болевых ощущениях и побочных эффектах, например, от применения нейролептиков.

Отсутствие утвержденной формы ИДС на специализированную медицинскую помощь по психиатрии

В части оформления ИДС на психиатрическую помощь существует и другая правовая проблема. В соответствии с частью 8 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ Минздравом России утверждена форма ИДС⁵. Однако утвержденная форма ИДС касается только видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 №390н⁶.

5 Приказ Минздрава России от 12.11.2021 №1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован в Минюсте России 25.11.2021 №65977) // URL: <https://base.garant.ru/40311701/> (дата обращения: 16.04.2024).

6 Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (зарегистрирован в Минюсте России 05.05.2012 №24082) // «Российская газета», №109, 16.05.2012.

Ключевым моментом является то, что данный перечень вмешательств касается только первичной медико-санитарной помощи. Однако психиатрическая помощь является специализированной медицинской помощью, поэтому на этот вид медицинской помощи необходимо получать отдельное ИДС. Форма такого согласия не утверждена Минздравом России, что не лишает медицинские организации права разработать собственную форму такого согласия. В рассматриваемой ситуации разработка собственной формы ИДС становится обязанностью медицинской организации, так как она обязана получить ИДС на оказание специализированной медицинской помощи. Тем не менее, например, в ряде психоневрологических интернатов Нижегородской области отсутствует практика получения от граждан ИДС на специализированную медицинскую помощь по психиатрии.

Сложности в реализации права на ознакомление с медицинской документацией

Еще одна коллизия проявляется при реализации права недееспособных лиц на ознакомление с медицинской документацией.

В соответствии с частью 3 статьи 13 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ, согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, может быть выражено также в ИДС на медицинское вмешательство. Из этого следует, что недееспособный гражданин, который по своему состоянию способен дать ИДС, имеет право самостоятельно выразить свою волю на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Даже если форма ИДС содержит графы для внесения сведений о лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья (а форма, утвержденная приказом Минздрава России от 23.04.2012 №390н, содержит такие графы), они, как правило, не заполняются лицами, страдающими психическими расстройствами, в том числе недееспособными. Как правило, в психоневрологических интернатах получателям социальных услуг не разъясняют право предоставить возможность родственникам или третьим

лицам знакомиться с их медицинской документацией. Зачастую у лиц, находящихся в психоневрологических интернатах, и нет тех, кто был бы заинтересован в ознакомлении с медицинской документацией.

Однако такая необходимость может возникнуть, например, когда лица, страдающие психическими расстройствами, обращаются за защитой своих прав в сфере охраны здоровья в некоммерческие организации или к уполномоченным по правам человека в субъектах Российской Федерации. Достоверно установить, имело ли место нарушение прав на охрану здоровья и получение медицинской помощи без изучения медицинской документации зачастую не представляется возможным.

В этом случае лица, органы или организации, к которым гражданин обратился за защитой своих прав, могут получить у заявителя — лица, страдающего психическими расстройствами, — согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в простой письменной форме. Подать заявление на ознакомление с медицинской документацией может только либо сам пациент, либо его законный представитель, либо лица, указанные пациентом в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Из пункта 2 Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, утвержденного приказом Минздрава России от 12.11.2021 №1050н⁷ (далее — Порядок ознакомления с медицинской документацией), следует, что фактически любые лица, вне зависимости от родства с пациентом, указанные им или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или ИДС, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента без специального полномочия,

⁷ Приказ Минздрава России от 12.11.2021 №1050н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» (зарегистрирован в Минюсте России 26.11.2021 №66007) // URL: <https://www.garant.ru/hotlaw/federal/150552/> (дата обращения: 16.04.2024).

то есть доверенности. Однако на практике медицинские организации иногда требуют не только согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (причем не в простой письменной форме, а с тем или иным способом заверения подписи пациента), но и удостоверенную доверенность, поскольку простой письменной форме они также не доверяют.

На практике с выдачей доверенности могут возникнуть сложности. Для лица, страдающего психическим расстройством и проживающего в психоневрологическом интернате, эти сложности являются практически непреодолимыми.

Выходом из этой ситуации могло бы стать заверение подписи доверителя руководителем или иным работником медицинской организации, к которой адресуется запрос на ознакомление с медицинской документацией: в этом случае у последней не было бы оснований не доверять подписи и волеизъявлению гражданина. Однако не всегда возможно организовать явку гражданина в медицинскую организацию, особенно если гражданин маломобильный. А если речь идет об ознакомлении с медицинской документацией в психоневрологическом интернате, то такое учреждение обычно не заинтересовано в организации доступа к медицинской документации получателей социальных услуг.

В результате возникает коллизия между нормами, когда, с одной стороны, недееспособный, могущий подписать ИДС, имеет право самостоятельно определить лиц, которым он разрешает разглашать врачебную тайну, а с другой — если он сразу не назвал такие лица в ИДС, даже если он дал отдельное согласие на разглашение врачебной тайны, то ознакомиться с его медицинской документацией никто кроме него самого не сможет, так как медицинская организация или интернат могут препятствовать этому.

Из этой коллизии имеется следующий выход: гражданин подробно инструктируется о порядке ознакомления с медицинской документацией, ему оказывается содействие в составлении и подаче письменного запроса на ознакомление, гражданин знакомится с документацией са-

мостоятельно, снимает копии с помощью технических средств (смартфона) и передает эти копии лицам, осуществляющим защиту его прав. Такая ситуация возможна только в случае, когда недееспособный гражданин по своему состоянию способен самостоятельно снять копии с документов.

Вместе с тем для обеспечения законного доступа к медицинской документации, то есть к информации о состоянии здоровья, лица, органы или организации, к которым обратился гражданин за защитой своих прав, обязаны получить от дееспособного гражданина или опекуна недееспособного гражданина письменное согласие на обработку персональных данных, включая специальную категорию персональных данных — информацию о состоянии здоровья. Если в рассматриваемой ситуации опекун и медицинская организация — это одно и то же лицо, то, очевидно, оно не заинтересовано в организации доступа к медицинской документации, поэтому может отказать в выдаче согласия на обработку персональных данных. В итоге в установленном порядке ознакомиться с медицинской документацией не представится возможным (либо будет нарушено законодательство о персональных данных).

Таким образом, можно признать, что в российском законодательстве отсутствуют надлежащие правовые гарантии, позволяющие недееспособному гражданину организовать доступ к своей медицинской документации и осуществлять защиту своих прав на охрану здоровья и медицинскую помощь с привлечением как правозащитных органов или организаций, так и физических лиц (родственников, друзей, знакомых).

Поскольку ознакомление с медицинской документацией зачастую является необходимым условием для защиты прав граждан в сфере охраны здоровья и медицинской помощи, можно сделать вывод о том, что отсутствие надлежащих правовых гарантий права как недееспособных, так и дееспособных лиц, в особенности если они проживают в психоневрологическом интернате или госпитализированы в психиатрическую больницу, на ознакомление с медицинской документацией влечет за

собой невозможность осуществления и защиты их права на охрану здоровья и медицинскую помощь без привлечения правоохранительных органов, которым проще получить доступ к медицинской документации.

Видится несколько вариантов решения рассмотренной коллизии. Одним из решений может быть распространение практики создания в субъектах Российской Федерации служб защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, в соответствии со статьей 38 Закона от 02.07.1992 №3185-1, которая сохраняет свое действие до 01.09.2024. Указанные службы защиты прав можно включать в формы ИДС и разъяснять пациентам, страдающим психическими расстройствами, право выбрать указанные службы в качестве лиц, которым разрешается получать сведения, составляющие врачебную тайну, а значит, и давать доступ к ознакомлению с медицинской документацией.

Другим решением является внедрение практики назначения недееспособному гражданину нескольких опекунов, особенно если такой гражданин проживает в психоневрологическом интернате или находится в психиатрической больнице, которые будут выступать его опекуном в силу закона. На внедрение практики назначения нескольких опекунов направлен законопроект о так называемой распределенной опеке [3]. Возможность назначить нескольких опекунов существует и в соответствии с действующим законодательством: ГК РФ не содержит соответствующего запрета, а в частях 7 - 9 статьи 10 ФЗ от 24.04.2008 №48-ФЗ прямо предусмотрена возможность назначения лицу, нуждающемуся в установлении над ним опеки, нескольких опекунов. Назначение нескольких опекунов и распределение обязанностей между ними позволит «внешним» опекунам контролировать соблюдение прав подопечных, находящихся в психоневрологических интернатах и психиатрических больницах, оказывать содействие специализированным организациям или органам в защите прав подопечных на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Для решения рассмотренных в настоя-

щей статье проблем представляется целесообразным:

1) разработать совместно с врачами-психиатрами и утвердить приказом Минздрава России критерии и порядок определения возможности дачи ИДС самим недееспособным лицом либо оформить решение этих вопросов в виде методических рекомендаций. До утверждения таких критериев на федеральном уровне рекомендовать медицинским организациям самостоятельно урегулировать данный вопрос в локальных нормативных актах. Такие критерии могли бы касаться некоторых аспектов психического статуса лица (состояния сознания, внимания, памяти, мышления, интеллекта, волевой сферы, наличия критики к заболеванию), например: лицо должно быть в ясном сознании, правильно ориентировано в месте, времени, собственной личности, ситуации и т. д.; возможно, будет целесообразна оценка психического статуса по шкалам с принятием определенных значений в качестве допустимых для признания лица способным дать ИДС;

2) уточнить Порядок ознакомления с медицинской документацией, дополнив его новыми пунктами с положениями о достаточности простой письменной формы согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, либо о необходимости заверения подписи пациента медицинским работником или главным врачом медицинской организации, а также прямым указанием на возможность подписания такого согласия недееспособным лицом, если оно самостоятельно давало согласие на медицинское вмешательство;

3) при оформлении ИДС лицами, страдающими психическими расстройствами, в том числе недееспособными, в целях обеспечения надлежащих гарантий прав указанных лиц использовать «посредников» (медиаторов) для выстраивания эффективной коммуникации между врачом и пациентом. Такими «посредниками» могут выступать опекуны (попечители) граждан, социальные работники, юристы, в том числе службы защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, родственники, иные лица, которым пациент дове-

ряет. В задачи «посредника» может входить содействие общению врача с пациентом (в том числе с использованием средств АДК), обеспечение доступности формы и полноты информирования медицинским работником лица, страдающего психическим расстройством, о предстоящем медицинском вмешательстве. Данное предложение может встретить возражение о том, что для такого «посредничества» могут требоваться специальные познания и навыки. Поскольку ответственность за информирование при оформлении ИДС лежит на медицинском работнике, ведущая роль в информировании и контроле за правильностью возможных комментариев со стороны «посредника» также будет принадлежать медику, поэтому специальные познания в области медицины для «посредника» не обязательны: все медицинские вопросы должны быть разрешены в диалоге с врачом и разъяснены им пациенту.

За рамками настоящей статьи осталась коллизия между правом недееспособных дать ИДС и отсутствием права дать согласие на обработку персональных данных. Данная коллизия также может потребовать внесения изменений в часть 6 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»⁸ в части допол-

8 Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ (ред. от 06.02.2023) «О персональных данных» // СЗ РФ. 2006. №31 (Часть I). Ст. 3451.

нения ее исключением из общего правила в случае получения медицинской помощи, когда недееспособное лицо по своему состоянию способно дать ИДС (логично предположить, что в этом случае согласие на обработку персональных данных оно также может дать самостоятельно).

В заключение необходимо отметить, что Федеральным законом от 04.08.2023 №465-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»⁹ вносятся существенные изменения в Закон от 02.07.1992 №3185-1, в том числе в части правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами. Например, Закон уточняет формулировки ряда прав, а также описывает порядок введения ограничений прав. Закон исключает заложенный в статье 38 дополнительный механизм защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, — создание федеральной службы защиты прав пациентов, что, однако, не лишает субъекты Российской Федерации возможности создавать собственные специализированные службы. Закон вступает в силу с 01.09.2024.

9 Федеральный закон от 04.08.2023 №465-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // СЗ РФ. 2023. №32 (Часть I). Ст. 6197.

Список литературы:

1. Доклад о защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами, и детей-сирот в Нижегородской области // АНО «Служба защиты прав». URL: https://disk.yandex.ru/i/GTxUZ_x2D7XvAQ (дата обращения: 16.04.2024).
2. Полубинская С. В., Шишков С. Н. Закон о психиатрической помощи: 25 лет в действии // Российский психиатрический журнал. 2018. №2. С. 63-73.
3. Проект федерального закона №879343-6 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях повышения гарантий реализации прав и свобод недееспособных и не полностью дееспособных граждан» // URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/879343-6> (дата обращения: 16.04.2024).

Об авторе:

Гаганов Александр Андреевич — руководитель юридического отдела АНО «Служба защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»; студент 1 курса магистратуры «Юрист в здравоохранении» юридического факультета ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородского государственного университета имени Н. И. Лобачевского», кандидат юридических наук, Нижний Новгород, gaganov_pl@onf.ru

Alexander Andreevich Gaganov — Head of the Legal Department of the ANO «Service for the Protection of the Rights of Persons Suffering from Mental Disorders, orphans and children left without parental Care», 1st year student of the magistracy «Lawyer in Healthcare» of the Faculty of Law of the Federal State Educational Institution of Higher Education «National Research Nizhny Novgorod State University named after N. I. Lobachevsky», Candidate of Law, Nizhny Novgorod

© Гаганов А. А., 2024

Для цитирования:

Гаганов А. А. О некоторых проблемах реализации отдельных прав недееспособных лиц в сфере охраны их здоровья // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 14-22.

For citation:

Gaganov A. A. About some problems of implementation of specific rights of disabled persons in the field of protecting their health // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 14-22.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 7.05.2024 г.

Григорьева А. Е., Маслова Е. Н.

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Статья посвящена некоторым проблемам квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками, и оценке степени общественной опасности при рисках, возникающих в момент оказания медицинской помощи. В основе лежит приговор Амурского областного суда по обвинению Х. по статье ст. 109 УК РФ ч. 2 — причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. По результатам исследования статистических данных вносится предложение о включении в программу периодической аккредитации, которая проводится каждые пять лет и обязательна для подтверждения профессионального уровня медицинских работников, курса правоведения с тестированием по вопросам уголовной ответственности за преступления, совершаемые медицинскими работниками.

Ключевые слова: уголовная ответственность, врачебная ошибка, обоснованный риск, медицинская помощь, вина, объективная сторона, причинно-следственная связь, причинение смерти по неосторожности

Arina Grigorieva, Elena Maslova

CRIMINAL LIABILITY MEDICAL WORKERS IN THE AMUR REGION

The article is devoted to some problems of the qualification of crimes committed by medical professionals and the assessment of the degree of public danger at the risks arising at the time of medical care. It is based on the verdict of the Amur Regional Court on the charges of H. according to Article 109 of the Criminal Code of the Russian Federation, Part 2 — causing death by negligence due to improper performance by a person of his professional duties. Based on the results of the statistical data study, a proposal is made to include in the periodic accreditation program, which is held every five years and is mandatory to confirm the professional level of medical workers, a law course with testing on criminal liability for crimes committed by medical workers.

Keywords: criminal liability, medical error, reasonable risk, medical care, guilt, objective

Деятельность медицинских работников является одной из наиболее ответственных и сложных сфер профессиональной деятельности, поскольку любая ошибка или халатность может иметь серьезные последствия для здоровья и жизни пациентов. Именно поэтому вопросы квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками, приобретают особую актуальность. При квалификации действий медицинских работников часто возникают сложности при расследовании, так как медицинская деятельность сопровождается применением протоколов и стандартов лечения, но каждый случай индивидуален,

и требует при выборе порядка оказания помощи и стратегии лечения учитывать не только эпикриз, но и сопутствующие заболевания, расстройства, а также психофизиологические особенности пациента. Медицинская деятельность отличается высокой степенью неопределенности и непредсказуемости. Пациенты могут иметь различные реакции на одно и то же медицинское вмешательство, а точный прогноз исхода лечения часто бывает сложно сделать. Кроме того, медицинские работники постоянно сталкиваются с необходимостью принимать решения в условиях ограниченной информации и дефицита времени. Это

повышает вероятность совершения ошибок, которые могут привести к неблагоприятным последствиям для пациента.

Оценка действий медицинских работников представляет собой сложную задачу еще и по тому, что она требует глубоких знаний в области медицины и учета множества факторов, влияющих на процесс лечения. Зачастую врачам приходится действовать в условиях риска и неопределенности, и их решения не всегда могут быть однозначно оценены как правильные или неправильные. Кроме того, последствия врачебных действий могут проявляться не сразу, а спустя определенное время, что затрудняет установление причинно-следственной связи. На исход лечения могут влиять такие факторы, как состояние здоровья пациента, сопутствующие заболевания, реакция организма на медицинские вмешательства и другие. Это затрудняет установление причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и наступившими последствиями, создает дополнительные трудности при квалификации преступлений.

Для объективной оценки действий медицинских работников требуются глубокие познания в области медицины, что создает определенные трудности для правоохранительных органов и судей, не имеющих специальной подготовки.

Из статистической отчетности следственного комитета (далее — СК) по Амурской области о рассмотрении сообщений и расследовании дел о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, следует, что в течение 2018-2022 гг. наблюдается рост числа данных преступлений (см. табл.)¹.

В практической деятельности следователям СК в Амурской области приходится достаточно часто сталкиваться с обращениями, связанными с некачественным оказанием медицинской помощи, приводящим к тяжким последствиям.

Как правило, медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности по следующим статьям УК РФ: ст. 109 (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), ст. 124 (когда пациент поставлен в опасность в связи с неоказанием медицинской услуги), ст. 238 (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности), ст. 293 (халатность)².

Сведения о количестве сообщений о преступлениях по статье 109 УК РФ, ч. 2, поступивших в следственное управление следственного комитета РФ по Амурской области за 2018-2022 гг., представлены в таблице. На рисунке отражено, какую долю обращения по данному основанию составляли от общего числа обращений уголовного характера.

В качестве примера из правоприменительной практики в Амурской области по привлечению врача к уголовной ответственности по ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности», демонстрирующей сложность квалификации, а также предварительного и судебного расследования, приведём следующий случай³.

В апреле 2021 года врачом акушером-гинекологом были ненадлежащим образом исполнены его профессиональные обязанности по отношению к пациентке, повлекшие причинение смерти по неосторожности при следующих обстоятельствах: врачом было установлено, что у пациентки наблюдалась родовая деятельность с раскрытием шейки матки на 4 см, присутствовали регулярные схватки, в связи с чем врачом, несмотря на то, что планируемым местом родоразрешения являлся стационар 2-го уровня, было принято решение о самостоятельном принятии родов на месте.

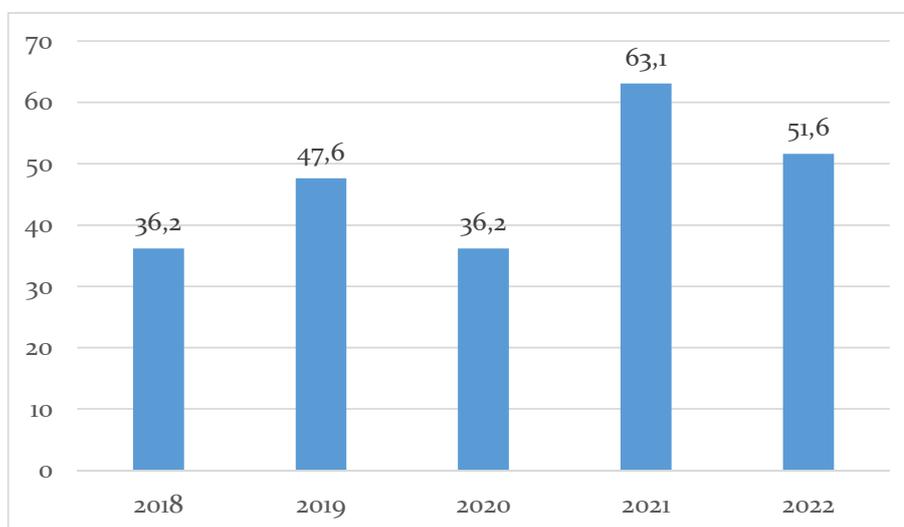
2 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.05.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.06.2024) // «Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, №25, с. 259.

3 См. Маслова Е. Н., Лубинский А. С. Уголовная ответственность медицинских работников...

1 Маслова Е. Н., Лубинский А. С. Уголовная ответственность медицинских работников в Амурской области // Юридическая гносеология, 2023. №2. С. 76-80.

Сведения о преступлениях, связанных с оказанием медицинской помощи в Амурской области за 2018-2022 гг.

Показатели	2018	2019	2020	2021	2022
Сообщение о преступлении, совершенном медицинским работником	47	42	58	65	62
Сообщение о преступлении, совершенном медицинским работником по статье 109 УК РФ	17	20	21	41	32
Направлено прокурором дел в суд с обвинительным заключением	1	1	4	2	9
Число обвиняемых по направленным в суд делам	1	1	4	2	9
Количество потерпевших лиц	16	2	5	3	9



Доля сообщений о преступлении по статье 109 УК РФ, ч. 2 от общего числа обращений уголовного характера, связанных с оказанием медицинской помощи в Амурской области за 2018-2022 гг. (%)

Пациентке была проведена кардиотокография (КТГ), по результатам которой можно было говорить о нормальных показателях жизнедеятельности плода. На этом основании в дальнейшем врач решила КТГ не проводить. В последующем, не смотря на наличие знаний о том, что в соответствии с клиническими рекомендациями «Оказание медицинской помощи...»⁴ и «Оказание

специализированной медицинской помощи...»⁵, при поступлении роженицы в родильный блок, врач обязан:

- вести исследование контрактильной деятельности матки каждые 30 мин. с регистрацией полученных результатов на партограмме;

4 Письмо Минздрава России от 06.05.2014 №15-4/10/2-3185 «О направлении клинических рекомендаций «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде» // URL: <https://sudact.ru/law/pismo-minzdrava-rossii-ot-06052014-n-15-4102-3185/> (дата обращения: 17.05.2024).

5 Письмо Минздрава России от 23.08.2017 №15-4/10/2-5871 «О направлении клинических рекомендаций «Оказание специализированной медицинской помощи при оперативных влагалищных родах при наличии живого плода (с помощью акушерских щипцов или с применением вакуум-экстрактора или родоразрешение с использованием другого акушерского пособия)» // URL: <https://sudact.ru/law/pismo-minzdrava-rossii-ot-23082017-n-15-4102-5871/> (дата обращения: 17.05.2024).

- во втором периоде родов провести инструментальный мониторинг сердечной деятельности плода,

врач, нарушив требования клинических рекомендаций, не выполнила указанные манипуляции, что не позволило диагностировать острую интранатальную гипоксию плода и пересмотреть тактику ведения родов в пользу оперативного влагалищного родоразрешения. В процессе родоразрешения в результате острой интранатальной гипоксии, у плода произошла аспирация, приведшая к отеку головного мозга и легких, явившегося причиной гибели плода. Самой пациентке причинен тяжкий вред здоровью, обусловленный дефектами оказания медицинской помощи. После родоразрешения врач акушер-гинеколог, продолжая небрежно относиться к роженице, действуя в нарушение клинических рекомендаций⁶, не выполнила необходимые манипуляции, в результате чего объем кровопотери после родов через естественные родовые пути достиг 1 л, кровотечение продолжалось, пациентка не была доставлена в операционную, не был поставлен вопрос о проведении гистерэктомии. Вместо этого пациентка была переведена в палату интенсивной терапии при том, что в данной клинической ситуации хирургическое вмешательство должно было быть выполнено не позднее 20 минут. Смерть пациентки наступила в результате гипотонического маточного кровотечения и кровотечения из не ушитых разрывов шейки матки, обусловивших развитие массивной кровопотери. Приговор суда, согласно которому было назначено наказание в виде ограничения свободы на один год, вступил в законную силу.

Сложности в квалификации преступлений, связанных с врачебными ошибками, возникают еще и в связи с тем, что требуется тщательный анализ всех обстоятельств дела и оценка действий медицинского работника с точки зрения соблюдения им

6 Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 марта 2019 г. №15-4/И/2-2535 О клинических рекомендациях «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях» // <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72186142/> (дата обращения: 17.05.2024).

стандартов медицинской помощи. Основными проблемами в этой области являются разграничение непреднамеренных, «извинительных» ошибок и умышленных действий, а также определение степени вины медицинского работника и размера причиненного вреда.

Врачебные ошибки, совершенные по неосторожности или в силу объективных обстоятельств, должны квалифицироваться иначе, чем умышленные преступления. Необходимо четко разграничивать эти категории, чтобы обеспечить справедливость наказания.

Трудности при оценке и определении степени вины медицинского работника возникают еще и по тому, что необходимо учитывать множество факторов, таких как уровень квалификации, опыт, условия работы, наличие объективных сложностей и другие обстоятельства. Необходимо оценить, в том числе, еще один не маловажный фактор — были ли лечебным учреждением созданы условия для качественного оказания медицинских услуг, соответствующие нормативно-правовым требованиям? Если таковые условия в ЛПУ не соблюдались, то правоотношения могут из уголовно-правовых перейти в разряд гражданско-правовых, и врач не должен привлекаться к уголовной ответственности.

Оценка размера причиненного вреда здоровью или жизни пациента также представляет собой трудную задачу, так как последствия медицинских вмешательств могут быть отсроченными и непредсказуемыми.

Медицинская деятельность неразрывно связана с риском, поскольку любое лечебное или диагностическое вмешательство сопряжено с определенной степенью опасности для пациента. Врачи постоянно сталкиваются с необходимостью принимать решения в условиях неопределенности и балансировать между ожидаемой эффективностью лечения и возможными побочными эффектами. При этом оценка рисков в медицине является сложным и многофакторным процессом, который требует учета целого ряда параметров. Следует разграничивать понятия обоснованного и нео-

обоснованного риска в медицинской практике. Обоснованный риск представляет собой действие (бездействие) медицинского работника, связанное с возможностью причинения вреда здоровью пациента, но совершаемое в целях его спасения или достижения иного положительного результата. Данный риск допустим при соблюдении всех необходимых условий и требований, установленных законодательством. В свою очередь, необоснованный риск — это действия (бездействие) медицинского работника, которые заведомо создают опасность для жизни и здоровья пациента и не имеют целью предотвращения более тяжких последствий. Необоснованный риск в медицине признается преступлением и влечет за собой уголовную ответственность.

При оценке необходимо идентифицировать риски. Необходимо выявить возможные риски, связанные с проведением конкретного медицинского вмешательства. Это могут быть осложнения, побочные эффекты, непредвиденные реакции организма и другие неблагоприятные последствия. Далее необходимо провести анализ рисков. На этом этапе необходимо оценить вероятность возникновения каждого из выявленных рисков и степень их влияния на здоровье пациента. Это позволит сформировать целостное представление о возможных рисках.

На последнем этапе необходимо разработать и реализовать меры по минимизации или устранению выявленных рисков. Этот этап может включать в себя модификацию методики лечения, применение дополнительных средств защиты, тщательный мониторинг состояния пациента и другие действия.

Медицинские работники несут юридическую ответственность за свои действия или бездействие, если они причинили вред здоровью или жизни пациента. Однако определение границ этой ответственности

является сложной задачей, так как необходимо учитывать специфику медицинской деятельности, наличие объективных трудностей и непредвиденных обстоятельств. Законодательство в этой области должно обеспечивать баланс между защитой прав пациентов и созданием благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи.

Для повышения эффективности квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками, необходимо комплексное решение ряда проблем. Это включает в себя совершенствование законодательства, повышение компетенций правоприменителей, а также внедрение эффективных систем оценки медицинских рисков и предотвращения врачебных ошибок.

Необходимо четко определить критерии разграничения преступной небрежности и допустимого риска в медицинской деятельности, а также закрепить механизмы справедливой оценки ответственности врачей. Правоохранительные органы и судьи должны получать специальные медицинские знания для объективной оценки действий медицинских работников. Внедрение эффективных систем оценки и предотвращения медицинских рисков позволит минимизировать вероятность врачебных ошибок и их негативных последствий. Только комплексный подход позволит обеспечить справедливость при привлечении медицинских работников к ответственности и создать условия для оказания качественной медицинской помощи.

Помимо этого, считаем целесообразным в программу периодической аккредитации, которая обязательна для подтверждения профессионального уровня медицинских работников, включать курс «Правоведение» с рассмотрением вопросов, касающихся дисциплинарной, гражданско-правовой и уголовной ответственности.

Об авторах:

Григорьева Арина Евгеньевна — студент 2 курса специалитета, факультет «Лечебное дело» ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, grigoreva1707@gmail.com

Маслова Елена Николаевна — доцент кафедры философии, истории Отечества и иностранных языков ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, кандидат юридических наук, доцент, Благовещенск, mas_len@mail.ru

Arina Evgenievna Grigorieva — 2nd year student of the specialty, Faculty of Medicine, Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia, Blagoveshchensk

Elena Nikolaevna Maslova — Associate Professor of the Department of Philosophy, History of the Fatherland and Foreign Languages of the Amur State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Candidate of Law, Associate Professor, Blagoveshchensk

© Григорьева А. Е., Маслова Е. Н., 2024

Для цитирования:

Григорьева А. Е., Маслова Е. Н. Уголовная ответственность медицинских работников в Амурской области // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 23-28.

For citation:

Grigorieva A. E., Maslova E. N. Criminal liability medical workers in the Amur region // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 23-28.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 8.06.2024 г.

Данилова А. Ю.

ПРОБЛЕМЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБОРОТА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ

В современном обществе медицинская продукция играет важную роль для поддержания жизни и здоровья людей. Однако, несмотря на строгий контроль качества и безопасности, законодательные рамки и требования, на рынке по-прежнему существуют ненадлежащие медицинские препараты и изделия, которые способны причинить серьезный вред здоровью и даже жизни людей. В связи с этим вопрос уголовной ответственности за оборот ненадлежащей медицинской продукции остается актуальным и требует выработки доктринальных подходов к разрешению обозначенного вопроса.

Ключевые слова: медицинское право, медицинская продукция, лекарственные средства, медицинские изделия, фальсифицированность, недоброкачественность, незарегистрированность, уголовная ответственность

Anna Danilova

PROBLEMS OF CRIMINAL LIABILITY IN THE FIELD OF REGULATING THE TURNOVER OF MEDICAL PRODUCTS

In modern society, medical products play an important role in maintaining human life and health. However, despite strict quality and safety controls, legislative frameworks and requirements, there are still inappropriate medicines and products on the market that can cause serious harm to human health and even life. In this regard, the issue of criminal liability for trafficking in inappropriate medical products remains relevant and requires the development of doctrinal approaches to resolving this issue.

Keywords: medical law, medical products, medicines, medical devices, falsification, poor quality, unregistered, criminal liability

Вызовы в сфере обращения ненадлежащих лекарственных средств

Случаи ненадлежащего обращения лекарственных средств, согласно статистике из различного рода источников, включая судебную практику, с каждым годом увеличиваются, и определенные мировые события лишь дополняют пути нарушения норм законодательства в данной области. В статье будут рассмотрены как проблемы ненадлежащего оборота лекарственных средств или препаратов (далее — ЛС или ЛП) в целом, так и проблемы, которые вызваны несовершенством статьи 238.1 Уго-

ловного кодекса Российской Федерации (далее — УК РФ).

Одним из важнейших вызовов в сфере обращения ЛС является то, что выявить недоброкачественные ЛС на отечественном рынке довольно сложно, а потому затруднительно представить весь масштаб того, как много ЛС не соответствует нормальному качеству [8, с. 112]. Также общей проблемой в определении ненадлежащего качества ЛС является и то, что выявить их удастся уже после того, как такое ЛС нанесло вред жизни и здоровью человека. Если бы фальсифицированные, незареги-

стрированные и недоброкачественные ЛС выявлялись более корректно и показывали весь масштаб проблемы [4, с. 76], можно ли предположить, что, как законодатель, выстраивающий нормы УК РФ в отношении наложения ответственности, так и другие, к примеру, контролирующие и надзорные органы выполняли бы свою работу лучшим образом? Рассуждать над ответом на этот вопрос можно долго, однако необходимо рассмотреть более точечные проблемы.

Одной из проблем, возникших в связи с началом специальной военной операции, стало то, что многие страны ограничили поставку лекарственных препаратов на территорию Российской Федерации, чем поставили под угрозу множество жизней [17]. Такого рода ограничение способно вызвать угрозу того, что лекарственные средства будут провозиться на территорию России незаконным путем [13]. Кроме того, некоторые производители ЛС, пользуясь случаем, будут продавать ЛС ненадлежащего качества, что способно сильно повлиять на качество жизни человека. Данный вызов находится на стадии борьбы, и можно заметить, что государство предпринимает всевозможные попытки для того, чтобы не нарушить как национальное законодательство, так и международные обязательства, при этом не забывая про то, что жизнь и здоровье граждан являются приоритетными.

Недавним нововведением стало то, что начала развиваться продажа рецептурных лекарств дистанционным путем [14]. Федеральным законом от 20.10.2022 года №405-ФЗ введена статья 55.1, которая регулирует порядок осуществления розничной торговли лекарственными препаратами через онлайн (дистанционный) формат¹. В период трех лет, с 1 марта 2023 по 2026 год, в Москве, Белгородской и Московской областях планируется проведение эксперимента. Согласно ему, участники смогут приобретать товар медицинского назначения в розницу с учетом того, что товар отпускается по рецепту. Хоть данный «эксперимент» прово-

дится лишь в трех регионах России, но при удачном проведении данного эксперимента вполне может распространиться и на другие регионы страны². Отсюда вытекает логичное опасение: рецептурные препараты зачастую способны сильно повлиять на здоровье человека, а потому при распространении подобной продажи и на другие регионы, можно предположить, что недобросовестные производители и продавцы могут воспользоваться случаем, дабы пустить в оборот ненадлежащие ЛС.

Указанные случаи характеризовали более общие проблемы ненадлежащего оборота лекарственных средств, а теперь стоит рассмотреть проблемы в отношении ЛС, вытекающие из самого уголовного законодательства. Первая из них — это некое «отождествление» на практике фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств [4, с. 77]. Для того чтобы то или иное ЛС признавалось фальсифицированным, необходимо наличие такого признака, как умышленное изменение качественных характеристик лекарства. Кроме того, отсутствие понятия незарегистрированного лекарственного средства в самом законе также способно вызвать на практике некоторого рода путаницу. Многие авторы задаются вопросом о том, правильно ли сделал законодатель, что включил данный термин в ст. 238.1 УК РФ³, при этом не дав четких критериев в отношении такого ЛС. Аналогичная проблема есть и в отношении медицинских изделий. Неясное, неявное или, зачастую, полностью отсутствующее обозначение критериев для отнесения ЛС к соответствующим категориям ненадлежащего качества способно породить трудности для судов в применении нормы уголовного законодательства [3, с. 307].

Еще одним так называемым вызовом является то, что обращение ЛП ненадлежащего качества начинает развиваться через множество направлений [15]. Одно из таких — направление эстетической медици-

² Там же

¹ Федеральный закон от 20.10.2022 №405-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета №240 от 24.10.2022.

³ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 12.06.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации. 17.06.1996. №25. Ст. 2954.

ны. Довольно часто специалисты в данной области не имеют достаточной квалификации и знаний, чтобы обнаружить ненадлежащее ЛС на ранних порах, и кроме этого, чаще всего при осуществлении своей деятельности, они путем приобретения ЛС и препаратов ненадлежащего качества хотят сэкономить. Можно сказать, что обращение ненадлежащих ЛС и ЛП по самым разным областям, связанным со здоровьем, является уже последствием того что законодатель при формировании ст. 238.1 УК РФ допустил ряд неточностей, которые прямо влияют на неспособность судов и контролирующих органов останавливать распространение данной проблемы. Вместе с развитием направлений, где может распространяться медицинская продукция ненадлежащего качества, расширяются и пути ее сбыта. Так, например, в интернет-магазине Wildberries был найден рецептурный препарат, продажа которого запрещена дистанционным образом [12].

Анализируя, как пробелы в ст. 238.1 УК РФ, так и проблемы более общего характера, можно сказать, что вызовы в отношении ЛС носят комплексный характер. С некоторыми из проблемных вопросов государство справляется быстро и слаженно, однако множество проблем, которые, в особенности, вытекают из несовершенства уголовного законодательства, все еще требуют дальнейшего разрешения.

Особенности обращения ненадлежащих медицинских изделий

Не меньше особенностей и проблем в регулировании вопроса ненадлежащего обращения имеют и медицинские изделия (далее — МИ). Первый спорный момент — это проблема, связанная с тем, что именно подпадает под это понятие. Под медицинским изделием понимается довольно широкий круг изделий, в том числе программное обеспечение (далее — ПО), требующее особого внимания при рассмотрении. Ранее соответствующие МИ (ПО) должны были регистрироваться в Росздравнадзоре, при этом, производителем должно указываться три важных фактора: а) качество, б) эффективность и в) безопасность такого программного обеспечения [9]. Примерами таких

медицинских изделий являются ПО для информационной системы скорой медицинской помощи; ПО для клинической лаборатории и диагностики [6, с. 2]. Однако в 2020 Росздравнадзор отменил указанный порядок [10], при этом не выпустив какой-либо обновленный вариант порядка регистрации программного обеспечения как медицинского изделия. Встает логичный вопрос: а как тогда необходимо регистрировать ПО, являющееся разновидностью МИ? Исходя из того, что нет никакого специального регулирования и указания в области МПО (медицинского программного обеспечения), то регистрация происходит по общим правилам регистрации медицинских изделий⁴. Можно предположить, Письмо от 13.02.2020 определено потому, что в правовой сфере нет указаний на какие-либо определенные критерии, которые бы относили то или иное ПО к МИ [10]. Таким образом, законодатель просто упростил себе задачу и стал руководствоваться общими правилами регистрации медицинских изделий.

Следующая проблема возникает из большого числа видов медицинских изделий. Разнообразие самих видов, их предназначения и применения, а также последствия, к которым может привести обращение ненадлежащей продукции, создает определенные проблемы для законодательства. Представляется трудно осуществимым разработать и создать единый стандарт для производства и экспертизы медицинских изделий. Для каждого конкретного МИ требуются совершенно различные методологические подходы к экспертной оценке [5, с. 44]. Все МИ, согласно приказу Минздрава России №4н⁵, подраз-

4 Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 №1416 (ред. от 24.11.2020) «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» // Собрание законодательства Российской Федерации, №1, 07.01.2013, ст.14.

5 Приказ Минздрава России от 06.06.2012 №4н (ред. от 07.07.2020) «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (вместе с «Номенклатурной классификацией медицинских изделий по видам», «Номенклатурной классификацией медицинских изделий по классам в зависимости от потенциального риска их применения») (Зарегистрировано в Минюсте России 09.07.2012 №24852) // Российская газета, №245, 24.10.2012.

деляются на 12 классов в зависимости от потенциального риска их применения. Возможно, стоит указать в потенциальном Федеральном законе «Об обращении МИ» некоторые критерии для отнесения тех или иных видов МИ к безопасным, доброкачественным и не фальсифицированным. Очевидно, что сложно разработать единое для всех медицинских изделий понятие, которое бы считалось «собирабельным», и в котором бы указывались конкретные правила для отнесения каждого конкретного МИ к «доброкачественному», однако это не умаляет самой идеи разработки закона и указания в нем самых базовых основ, которые в дальнейшем бы, с наработкой практики, дополнялись.

Еще одна проблема возникает из не упомянутого в предыдущем абзаце термина. Насколько в принципе целесообразно упоминать в ст. 238.1 УК РФ термин «незарегистрированности» МИ, при этом не давая нигде четкое определения этому термину, либо критериев отнесения того или иного изделия к «незарегистрированному» [6, с. 2]? Неужели суды при рассмотрении того или иного дела должны выводить эти критерии сами, руководствуясь той базой, которая уже есть в отношении медицинских изделий? Опять же, возвращаясь к идее принятия отдельного Федерального закона, эту проблему можно решить, разработав нормы, которые бы восполнили этот пробел. Кроме того, рассматривая вопросы регистрации далее, не совсем представляется ясным вопрос срока действия регистрационного удостоверения. В части 3.1 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ указано, что допускается введение МИ в эксплуатацию и по окончании срока действия регистрационного удостоверения (РУ) на это МИ, если сам срок службы такого МИ не истек⁶. Не нужно ли в таком случае продлить срок действия РУ? И не будет ли считаться такое медицинское изделие «незарегистрированным»? Как показывает практика, если

срок годности (службы) в норме, то тогда и проблем с юридической точки зрения не будет, ведь окончание срока РУ не означает окончание срока службы МИ.

Далее встает вопрос в отношении недоброкачественного медицинского изделия. Где определить критерии отнесения МИ к качественным, и что вообще есть качество МИ? Исследовав этот вопрос при использовании как доктрины, так и некоторых нормативных указаний, можно прийти к выводу, что понятие качества является достаточно многозначным и не вполне определенным [6, с. 3]. В доктрине есть мнение, что качество МИ выражается в уровне и степени его соответствия назначению, а также наличием определенных характеристик, которые обеспечивают его безопасность [6, с. 4]. Например, несоответствие МИ критерию безопасности, выведенное (несоответствие) из клинических, технических испытаний, или из токсикологического исследования, будет характеризовать такое изделие как недоброкачественное⁷. Или если выводить такие критерии из доктрины, то некоторые авторы [2, с. 109; 7, с. 184] относят к категории «недоброкачественности» такие МИ, в которых истек срок годности. Также возможна ситуация, когда при самом изготовлении МИ был нарушен технологический процесс, что обнаружится лишь при дальнейшем использовании такого изделия уже непосредственно на практике.

Разграничения смежных составов по КоАП РФ и УК РФ

Как и Уголовный кодекс, Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — КоАП РФ) содержит основания для привлечения к ответственности за нарушение определенных правил и требований в отношении медицинской продукции. В статье 6.28 КоАП РФ говорится про ответственность за нарушение установленных правил в

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 ГОСТ Р 51898-2002. Государственный стандарт Российской Федерации. «Аспекты безопасности. Правила включения в стандарты» (принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 05.06.2002 №228-ст) // М.: ИПК Издательство стандартов, 2002.

сфере обращения медицинских изделий⁸. Иная статья — ст. 6.33 КоАП РФ — имеет точно такое же название, как и анализируемая статья 238.1 УК РФ. Кроме того, сами формулировки внутри норм практически идентичны друг другу. Зачастую законопроекты, которые вносят изменения в отношении ответственности за оборот ненадлежащей медицинской продукции, упоминают статьи 238.1 УК РФ и ст. 6.33 КоАП РФ одновременно, выпуская сразу два проекта изменений — в отношении административной, и в отношении уголовной ответственности. Указанные статьи предусматривают ответственность за одно и то же — производство, реализация, ввоз на территорию государства фальсифицированных МИ и ЛС; оборот фальсифицированных биологически активных добавок, однако отличие между ними выражается в стоимостном аспекте. Так, если деяние совершено в крупном размере, то есть в той ситуации, когда стоимость ЛС, МИ или БАД (биологически активные добавки) составляет более 100 000 рублей, тогда такое деяние будет квалифицироваться по Уголовному кодексу. Все то, что меньше данной суммы — по Кодексу об административных правонарушениях.

Статьей 6.28 КоАП РФ предусмотрена административная ответственность за нарушение установленных правил при обращении МИ, при том, что эти действия не содержат признаков уголовно наказуемого деяния (по статьям 235.1 и ст. 238.1 УК РФ). Правила обращения МИ содержатся сразу в двух документах — это Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в постановлении Правительства России от 03.04.2020 №430⁹. Представляется необходимым принять Федеральный

закон «Об обращении медицинских изделий», дабы уточнить и понятия, и спорные вопросы [1, с. 67]. В целом статья 6.28 КоАП не является такой проблемной, как 6.33, однако необходимо уточнить, в каком именно размере должны нарушаться правила при обращении МИ, и какие конкретно. Такое изменение вызвано практикой, когда суды ошибочно квалифицируют деяния по ст. 6.33 КоАП РФ вместо 6.28.

Интересно, что одна из особенностей в отношении фальсифицированных медицинских изделий состоит в том, что существует проблема правовой оценки заявлений оригинальных производителей о том, что есть фальсификация. К примеру, одна из поликлиник заметила, что поставленный ей от ООО товар является фальсифицированным, вследствие чего учреждение здравоохранения отказалось оплачивать поставленный товар. Сам же поставщик ввиду неисполнения заказчиком обязанности по оплате товара в одностороннем порядке отказался от исполнения договора. Суд при этом не принял во внимание и не приобщил к делу доказательство представителя производителя оригинального МИ в виде письменного пояснения о фальсификации, объяснив это тем, что поликлинике предоставлялись и иные медицинские изделия, а потому нельзя говорить о том, что исследовался именно тот товар, который является фальсифицированным¹⁰. В итоге из-за того, что суды использовали строгий, формальный подход, все инстанции обязали платить поликлинику за товар, который оригинальным производителем признавался фальсифицированным^{11, 12}.

8 Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 22.06.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации. 07.01.2002. №1 (ч. 1). ст. 25.8.

9 Постановление Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 №430 (ред. от 28.12.2021) «Об особенностях обращения медицинских изделий, в том числе государственной регистрации серии (партии) медицинского изделия». Собрание законодательства Российской Федерации, №15 (ч. IV), 13.04.2020, ст.2284.

10 Решение Арбитражного суда Хабаровского края от 15 февраля 2019 г. по делу №А73-11536/2018 // URL: <https://sudact.ru/arbitral/doc/sYQPKJQCvNdO/> (дата обращения: 10.05.2024).

11 Решение Арбитражного суда Хабаровского края от 15 февраля 2019 г. по делу №А73-11536/2018 // URL: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/bf21a494-33d1-438b-a928-589986d3d6bd/b2b14c8c-6fa3-4a79-bc59-1cb6cf6e1764/A73-11536-2018_20190215_Reshenie.pdf?isAddStamp=True (дата обращения: 11.05.2024).

12 Постановление Шестого арбитражного апелляционного суда от 15 марта 2019 г. №06АП-172/19 // URL: <https://base.garant.ru/63060381/> (дата обращения: 13.05.2024).

При этом никакого уголовного дела по ст. 238.1 УК РФ возбуждено не было.

Кроме того, как указывает руководитель первого контрольно-следственного отдела СК МВД России Сергей Бадулин, одного лишь заявления производителя оригинальной продукции о том, что какое-либо конкретное медицинское изделие является фальсифицированным, для возбуждения уголовного дела по ст. 238.1 УК РФ — недостаточно [11]. Для того, чтобы образовался состав преступления, необходимо сразу несколько критериев:

- а) сумма МИ составляет более 100 000 руб.;
- б) производство, сбыт и ввоз таких фальсифицированных МИ;
- в) наличие прямого умысла.

Для того, чтобы доказать опасность для жизни и здоровья человека непосредственно от фальсифицированного МИ (или ЛС, например), в случае действия квалифицированного состава по пункту «б» части 2 указанной статьи, необходимо проведение экспертизы, которая сможет подтвердить наличие или отсутствие угрозы и опасности [11]. Есть также проблема в том, чтобы вовремя обнаружить в выпускаемой партии при массовом производстве скрытые недостатки внутри какого-то отдельного медицинского изделия. Практика исходит из того, что при большом производстве производители не могли предвидеть, что в партии окажется бракованная продукция, то есть не имели умысла на совершение какого-либо рода противоправных деяний. Даже в случае, если подобная некачественность отдельно взятого МИ будет обнаружена, то с большой долей вероятности производитель не будет привлечен к уголовной ответственности.

Таким образом, множество вопросов и проблем кроется в определении медицинского изделия. Настоящее определение, представленное в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ, не является исчерпывающим. Кроме того, проблемы создает и то, что есть множество видов медицинских изделий, в отношении которых нет четко установленных критериев для отнесения их к недоброкачественным или фальсифицированным. Такое понятие как «потенциальный риск применения» не раскрыт в полной

мере в соответствующем Законе, а делает лишь отсылку на Номенклатурную классификацию¹³. Вопросы регистрации также стоят несколько открытыми, ведь действующее законодательство не имеет четкого понятия того, какие именно МИ относить к незарегистрированным, и каковы критерии их отнесения к такой категории.

Итак, подводя итог исследованию, посвященному проблемам уголовной ответственности за оборот ненадлежащей медицинской продукции, а также с учетом общего анализа, представляется необходимым предложить изменения, вносимые в ст. 238.1 УК РФ:

1. Законодателю необходимо в примечании к ст. 238.1 УК РФ провести разграничение между фальсифицированными и недоброкачественными ЛС:

- под фальсифицированными ЛС должны пониматься такие ЛС, которые были изменены, подделаны, подменены без разрешения держателя регистрационного удостоверения на лекарственное средство с целью обмана потребителя относительно их происхождения, состава, качества, эффективности или безопасности, в результате чего они представляют угрозу здоровью и жизни потребителей;
- под недоброкачественными ЛС должны пониматься такие ЛС, которые не соответствуют установленным законодательством требованиям к качеству, безопасности и эффективности: лекарства могут содержать недопустимые примеси, быть произведены без необходимых сертификатов или контроля качества, что, в дальнейшем, способно привести к возникновению рисков для жизни и здоровья потребителей.

2. Там же, либо в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ законодатель должен

¹³ Приказ Минздрава России от 06.06.2012 №4н (ред. от 07.07.2020) «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (вместе с «Номенклатурной классификацией медицинских изделий по видам», «Номенклатурной классификацией медицинских изделий по классам в зависимости от потенциального риска их применения») (Зарегистрировано в Минюсте России 09.07.2012 №24852) // Российская газета, №245, 24.10.2012.

представить четкое понятие того, что такое «медицинские изделия»:

- медицинские изделия — круг изделий, входящий в Номенклатурную классификацию, включая ПО, но не ограничиваясь — аппаратура, приборы, инструменты, аппликаторы, аппликаторы-перевязочные, изделия, используемые для диагностики, профилактики, лечения и реабилитации человека, а также для контроля за состоянием его организма.

3. Указать в Уголовном кодексе Российской Федерации, что следует понимать под определением «ненадлежащее обращение МИ»:

- ненадлежащее обращение МИ — незаконные действия или бездействие, которые приводят к нарушению установленных законодательством требований к производству, обороту и использованию медицинских изделий. Это может включать в себя продажу, хранение, транспортировку, маркировку или использование медицинских изделий без необходимых разрешений, сертификатов качества или при нарушении правил эксплуатации, что может привести к угрозе здоровью и жизни пациентов.

4. Там же: необходимо дать определение таким понятиям как «незарегистрированное МИ», «качество МИ», «недоброкачественное МИ»:

- незарегистрированное МИ — это медицинское изделие, которое не имеет

официального разрешения на оборот и использование со стороны Минздрава России и не зарегистрировано в установленном порядке в соответствии с законодательством.

- качество МИ — это совокупность характеристик медицинского изделия, определяющих его способность удовлетворять установленным стандартам и требованиям к безопасности, эффективности и надежности в ходе его производства, обращения и использования.
- недоброкачественное МИ — это медицинское изделие, которое не соответствует установленным стандартам, требованиям и нормам качества, установленным законодательством и нормативными документами.

5. Законодателю необходимо рассмотреть вопрос издания отдельного Федерального закона «Об обращении медицинских изделий», где были бы решены проблемные «точки» в виде правового регулирования ПО, большого количества классификаций по отношению к МИ, а также прописаны критерии для отнесения тех или иных МИ к безопасным, доброкачественным и не фальсифицированным.

6. Исключить из ст. 6.33 КоАП РФ и ст. 238.1 УК РФ указание на стоимость ЛС/МИ/БАД и оценивать правонарушение/преступление исходя из последствий, которые они повлекли за собой.

Список литературы:

1. Бимбинов А. А. Объект преступного обращения фальсифицированной, недоброкачественной и незарегистрированной медицинской продукции (статья 238.1 УК РФ) // Вектор юридической науки. Вестник Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА). 2018. №12. С. 62-72.
2. Варданян Г. А. Противодействие нарушению правил оборота лекарственных средств, медицинских изделий, биодобавок: вопросы правовой регламентации и доказывания // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. 2022. Вып. 2. С. 106-115.
3. Еськова С.П. Контрафактная и фальсифицированная продукция: понятия, сущность, отличительные особенности // Молодой ученый. 2016. №20. С. 306-308.
4. Иликбаева Е. С. Фальсифицированные, недоброкачественные и незарегистрированные лекарственные средства как предмет преступления, предусмотренного статьей

- 238.1 Уголовного кодекса Российской Федерации // Уголовное право и криминология. Кубанский государственный университет. 2017. №2 (36). С. 76-79.
5. Омеляновский В. В. Основные отличия медицинских изделий от лекарственных препаратов и особенности их исследования // Медицинские технологии. Оценка и выбор. №2. 2013. С. 44.
 6. Прохорова М. Л., Иликбаева Е. С. Специфика медицинских изделий как предмета преступления, предусмотренного ст. 238.1 УК РФ // Общество: политика, экономика, право. 2017. №12. С. 11-14.
 7. Смирнов А. М. Характеристика уголовно-правового противодействия обращению фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и обороту фальсифицированных биологически активных добавок // Уголовное право и криминология, 2021, №3. С. 183-185.
 8. Третьякова Е. И. Проблемы применения законодательства об ответственности за фальсификацию лекарственных средств // Восточно-Сибирский институт МВД России, 2018. №3-2. С. 112-118.
 9. Письмо Росздравнадзора от 30.12.2015 №01И-2358/15 «О регистрации программного обеспечения» // URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/medproducts/registration/documents/26396> (дата обращения: 13.05.2024).
 10. Письмо Росздравнадзора от 13.02.2020 №02и-296/20 «Об отмене информационного письма от 30.12.2015 №01И-2358/15» // URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/medproducts/registration/documents/65751> (дата обращения: 13.05.2024).
 11. Борьба с фальсификацией медизделий: проблемы правового «статуса» заявлений производителей и писем Росздравнадзора // URL: <https://www.garant.ru/article/1267889/> (дата обращения: 13.05.2024).
 12. На Wildberries нашли рецептурные препараты. Чем угрожает здоровью потребителей торговля такими лекарствами // URL: <https://iz.ru/1351540/mariia-frolova/v-otkrytom-dostupe-na-wildberries-nashli-retsepturnye-preparaty> (дата обращения: 13.05.2024).
 13. Как санкции отразятся на медицине и здравоохранении // URL: <https://medvestnik.ru/content/articles/Kak-sankcii-otrazyatsya-na-medicine-i-zdravoohranenii.html?ysclid=lgvk9j384292949211> (дата обращения 13.05.2024).
 14. Продажу рецептурных лекарств онлайн разрешат с 1 марта 2023 года // URL: <https://www.mk.ru/social/2022/09/14/prodazhu-recepturnykh-lekarstv-onlayn-razreshat-s-1-marta-2023-goda.html?ysclid=lgvlbb3qfl775746194> (дата обращения 13.05.2024).
 15. Там, где риск недопустим, или как выявить «серый» AestheFill // URL: <https://vc.ru/u/1299513-aesthefillneroly/654387-tam-gde-risk-nedopustim-ili-kak-vyyavit-seryy-aesthefill> (дата обращения 13.05.2024).
 16. Ученые выяснили первоисточник нового коронавируса из Китая — РИА Новости, 06.02.2020 (ria.ru) // URL: <https://ria.ru/20200123/1563772523.html> (дата обращения 13.05.2024).
 17. Фармрынок России столкнулся с серьезными вызовами в логистике // URL: <https://rg.ru/2022/06/14/dovezti-v-sohrannosti.html?ysclid=lgvk5u66pw285395790> (дата обращения: 13.05.2024).

Об авторе:

Данилова Анна Юрьевна — студентка 1 курса магистратуры Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», юрист юридической дирекции Альфа-Центр Здоровья, Москва, ayudanilova@edu.hse.ru

Anna Yuryevna Danilova — 1st year graduate student Higher School of Economics, «Pharmaceutical Law and Healthcare», lawyer, Legal Directorate of Alfa-Health Center, Moscow

© Данилова А. Ю., 2024

Для цитирования:

Данилова А. Ю. Проблемы уголовной ответственности в области регулирования оборота медицинской продукции // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 29-37.

For citation:

Danilova A. Yu. Problems of criminal liability in the field of regulating the turnover of medical products // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 29-37.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 23.05.2024 г.

Данильчук Д. В., Симонян Р. З.

О ПРОБЛЕМЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВОВОГО СТАТУСА ПЛОДА

Проблема определения правового статуса плода является дискуссионной не только в России, но и по всему миру. Она неразрывно связана с этическими, медицинскими, религиозными и правовыми аспектами. Большую важность данный вопрос приобретает в контексте интранатальной гибели плода, допустимости аборт, исследований, проводимых на эмбрионах, и их уничтожения после экстракорпорального оплодотворения. В работе представлены результаты опроса, посвященного оценке отношения к проблеме статуса плода. Также авторы рассмотрели вопросы правового регулирования проблемы в Российской Федерации и привели примеры из судебной практики.

Ключевые слова: плод, правовой статус, рождение ребенка, интранатальная смерть плода

Darya Danilchuk, Rimma Simonyan

GENERIC DRUGS: PATENT DISPUTES

The problem of determining the legal status of the fetus is debatable not only in Russia, but also around the world. It is inextricably linked with ethical, medical, religious and legal aspects. This issue is of great importance in the context of intranatal fetal death, the permissibility of abortions, research conducted on embryos, and their destruction after in vitro fertilization. The paper presents the results of a survey on the assessment of attitudes to the problem of fetal status. The authors also considered the issues of legal regulation of the problem in the Russian Federation and gave examples from judicial practice.

Keywords: fetus, legal status, childbirth, intrapartum fetal death

Низкая рождаемость, старение населения, высокая смертность — это основные особенности сложившейся в настоящее время демографической ситуации в России. Для решения возникшей проблемы органы государственной власти совместно с другими общественными институтами проводят специальную политику, целью которой является изменение демографических процессов в стране. Меры, направленные на повышение рождаемости и снижение смертности, разрабатываются и реализуются практически всеми министерствами, но иногда методы достижения благих намерений вызывают большой общественный резонанс. Так, первый заместитель председателя Комитета Государственной думы по контролю Дмитрий Гусев, предложил пере-

смотреть правовое положение плода и на законодательном уровне закрепить его как субъекта права. Данное предложение необходимо учитывать в качестве действенного механизма по ограничению искусственного прерывания беременности. Но наделение плода гражданскими правами вступает в явное противоречие со ст. 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ [7], согласно которому женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, в том числе об искусственном прерывании беременности. Вышесказанное подтверждает актуальность изучения данной темы и острую необходимость в законодательном урегулировании правового статуса плода.

Для выявления общественного мнения, касательно проблемы определения правового статуса плода, в рамках научно-исследовательской работы было проведено анонимное социологическое анкетирование, в котором приняло участие 450 респондентов,

среди которых было 323 (71,8%) женщины и 127 (28,2%) мужчин. Распределение по возрастным группам и семейному положению указывает на преобладание не состоящих в браке (95,1%) респондентов возрастом от 18 до 20 лет (80,7%) (см. табл. 1).

Таблица 1.

Характеристика респондентов, принявших участие в опросе

Вопросы и варианты ответов	Ответы респондентов	
	Абсолютные значения	Относительные значения, %
Укажите ваш возраст		
от 18 до 20 лет	363	80,7
от 21 до 25 лет	79	17,6
от 26 до 35 лет	4	0,9
от 36 до 45 лет	2	0,4
от 46 до 60 лет	2	0,4
Укажите ваше семейное положение		
не замужем/не женат	428	95,1
замужем/женат	18	4
разведен/разведена	2	0,45
вдова/вдовец	2	0,45
Есть ли у вас дети?		
да	10	2,2
нет	440	97,8
Хотите ли вы иметь детей в будущем?		
да	353	78,4
нет	36	8
затрудняюсь ответить	61	13,6

Согласно ст. 20 Конституции Российской Федерации «каждый имеет право на жизнь» [1]. С одной стороны, данное положение кажется предельно понятным и простым, но только в том случае, если речь идет о взрослом человеке. Но обладает ли таким важным правом эмбрион или плод, ведь согласно ст. 17 Конституции РФ «основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения». Но с какого момента начинается жизнь? В соответствии с ч. 1 ст. 53 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-

ФЗ «моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов». Теперь предстоит ответить на вопрос, что же считается отделением плода от организма матери, ведь рождение происходит не одномоментно. Нередко длительность родов может достигать в общей сложности 16-20 часов. 70 (15,6%) респондентов считают отделением от организма матери момент раскрытия маточного зева, 98 (21,8%) опрошенных — покидание родовых путей до перерезания пуповины; 282 (62,6%) — покидание родовых путей после перерезания пуповины.

Если плод уже приобретает право на жизнь и становится полноценным человеком после рождения, то существует неопределенность относительно его правового статуса во время физиологического процесса родов. Таким образом, необходимо на законодательном уровне определить конкретный момент отделения плода от организма матери.

Ещё одним спорным моментом является само определение понятия «роды», которое согласно постановлению Верховного Суда, трактуется как физиологический процесс отделения от материнского организма продукта зачатия, способного к жизни вне организма матери во внешней среде. Можно ли считать операцию кесарева сечения родами исходя из данной формулировки? На данный вопрос 383 (85,1%) опрошенных ответили «да», 67 (14,9%) — «нет». На вопрос «насколько корректно/некорректно считать детей, рождённых с помощью операции кесарева сечения нерождёнными с юридической точки зрения» 364 (80,9%) респондента ответили — «некорректно», 84 (18,7%) — корректно, 2 (0,4%) опрошенных затрудняются ответить, т. к. физиологического процесса при родах не было, однако отделение плода от материнского организма все же было.

Для углубленного рассмотрения вопроса необходимо дать определения двум ключевым понятиям: эмбриону и плоду. Так, согласно ст. 2 Федерального закона «О временном запрете на клонирование человека» от 20.05.2002 №54-ФЗ «эмбрион человека — зародыш человека на стадии развития до восьми недель» [5]. Именно такой срок обусловлен выделением 2-х основных периодов в пренатальном развитии организма человека: эмбрионального (зародышевого), который длится от момента зачатия до конца восьмой недели и фетального, который считается от начала девятой недели до родов. В настоящее время в медицинских науках, занимающихся изучением нормального и патологически измененного онтогенеза, стали выделять киемагенез — комплекс процессов пренатального онтогенеза, включающий в состав прогенез, эмбриогенез и фетогенез. Эмбриональный

период является одним из самых ключевых и включает пролиферацию и миграцию клеток, морфогенетические процессы органогенеза, дифференцировку тканей, переход от гистиотрофного типа питания к плацентарному [8].

Понятие «плод» в российском законодательстве не закреплено, из-за чего вопрос о моменте возникновения гражданской правосубъектности непременно нарастает с учетом наличия имеющихся противоречий. В качестве ориентировочного определения понятия «плод» использовано следующее: плод — это развивающийся организм на стадии от начала девятой недели внутриутробного развития до рождения.

Исходя из вышесказанного, можно установить, что законодательство Российской Федерации не предусматривает способность эмбриона или плода иметь гражданские права и уж тем более обязанности. Но несмотря на это, настоящие положения отдельных нормативно-правовых актов указывают на относительную правовую защиту эмбриона и плода. Проиллюстрируем примерами:

1. Ст. 105 Уголовного кодекса РФ предусматривает наказание за убийство женщины, находящейся заведомо для виновного в состоянии беременности, в виде лишения свободы на срок от 8 до 20 лет с ограничением свободы на срок от 1 года до 2 лет, либо пожизненным лишением свободы, либо смертной казнью [2].
2. В соответствии со ст. 43 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» от 12. 04. 2010 №61-ФЗ запрещено проводить клинические испытания лекарственных препаратов для медицинского применения с участием в качестве пациентов беременных женщин во избежание причинения вреда будущей матери или плоду [6].
3. Согласно ст. 116 Гражданского кодекса РФ «к наследованию могут призываться граждане, зачатые при жизни наследодателя и родившиеся живыми после открытия наследства» [3].
4. Согласно ст. 218 Налогового кодекса РФ лица, находившиеся в состоянии внутриутробного развития в период эва-

куации из-за аварии на производстве «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, имеют право на получение стандартных налоговых вычетов [4].

Действительно, в российском законодательстве определённым образом факт существования плода и эмбриона определяет логику законодателя.

Несмотря на то, что вопрос определения правового статуса плода разрешиться скорее всего не скоро, в литературе к настоящему времени сформировалось 3 основных подхода к определению момента, считающегося началом жизни. Согласно абсолютистскому подходу, оплодотворённая яйцеклетка (эмбрион) являются человеческими существами, обладающими абсолютной ценностью, поэтому наравне с человеком подлежат правовой охране. С либеральной точки зрения плод не является личностью, а значит, не наделяется правом на жизнь и не подлежит правовой охране. Третий подход — умеренный — сочетает в себе признаки абсолютистского и либерального подходов. Исходя из этого, ценность эмбриона (плода) зависит от стадии внутриутробного развития, что обуславливает начало правовой охраны только при достижении определённого этапа развития, ассоциированного с появлением права на жизнь.

Несмотря на то, что неотчуждаемые права и свободы появляются от момента рождения, в том числе и право на жизнь, 145 (32,2%) респондентов считают допустимым наделять плод правами еще до рождения; 298 (66,2%) опрошенных считают, что это невозможно; остальные думают, что целесообразно наделять плод правами начиная с определённого этапа развития (формирования сердечно-сосудистой, нервной системы).

Является ли деяние, приведшее к смерти рождающегося плода, преступлением против жизни, с учетом того, что право на жизнь появляется только после отделения от организма матери? Это один из самых сложных с этической и правовой точек зрения вопрос. 230 (51,1%) опрошенных считают, что это является преступлением, за которое виновный обязан понести наказание; 214 (47,6%) респондентов имеют противо-

положное мнение и не считают это преступлением против жизни, т. к. плод в утробе матери не наделён какими-либо правами; 2 (0,4%) опрошенных считают деяние преступлением только в том случае, если в нем был умысел; 4 (0,9%) опрошенных затрудняются ответить.

Как же следует квалифицировать деяния медицинских работников, по вине которых произошла гибель плода в течение родов? Несомненно, что ответить на данный вопрос однозначно очень проблематично. Для этого, в первую очередь, необходимо определить роль плода как важного структурного элемента состава преступления. По мнению большинства, (63,6%) респондентов, плод является объектом; 35,8% опрошенных считают, что плод занимает позицию субъекта; 3 респондента считают, что плод является субъектом и объектом медицинского права одновременно. Обратимся к правоприменительной практике.

Как отмечает П. Г. Габай, в 2013 г. Нерехтский районный суд Костромской области удовлетворил требования родителей о взыскании компенсации вреда, причинённого потерей ребенка во время родов. Из-за отсутствия состава преступления (плод погиб внутриутробно), в возбуждении уголовного дела было отказано [9]. По её же данным в 2014 г. Тверской областной суд отклонил требования признать врача виновным в интранатальной смерти плода из-за отсутствия причинно-следственной связи между гибелью и действиями врача, а не из-за того, что плод не обладает правами [9].

Можно сделать вывод, что суды могут быть подвержены субъективным предубеждениям, связанным с политическими взглядами, моральными убеждениями или предыдущими судебными прецедентами, которые могут повлиять на их решения. Наличие закона, регламентирующего данный вопрос, способствовало бы отсутствию или снижению количества приговоров на основе предположений. Необходимо обратить внимание на то, что возбуждение следственными органами уголовного дела зависит и от признания ребенка на момент

родов живорожденным. В России ребенок считается живорожденным при отделении от организма матери и соблюдении ряда критериев [10]:

1. Срок беременности 22 недели и более.
2. Масса тела плода 500 грамм и более (или менее при многоплодной беременности).
3. Рост 25 см и более.
4. Наличие признаков жизни: дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины или произвольных движений мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента.

Наличие таких строгих критериев создает основу для возмутительных судебных решений. Например, Челябинский областной суд признал ребенка, прожившего несколько дней в реанимации, нерожденным, т. к. он не соответствовал антропометрическим критериям живорождения (масса тела ребенка была на 20 грамм меньше).

Большинство (68%) респондентов считают, что наличие признаков жизни достаточно для определения статуса живорожденного независимо от антропометрических характеристик (роста и массы тела), 32% опрошенных считают, что это один из признаков, учет которого является обязательным.

В таблице 2 представлены результаты ответов респондентов на вопросы, задаваемые им в ходе исследования.

На вопрос «как вы считаете, признаки фактически живорождённого ребенка (имеющего сердцебиение, дыхание и др. признаки) не родившимся из-за несоответствия антропометрическим параметрам (например, срок — 22 недели, рост — 26 см, масса — 480 грамм) является верным» 74 (16,4%) респондентов ответили «совершенно верно», 158 (35,1%) — «скорее верно», 132 (29,3%) опрошенных — «скорее неверно», 79 (17,6%) — «совершенно неверно», 7 (1,6%) респондентов затрудняются ответить на поставленный вопрос.

294 (65,3%) опрошенных считают, что наличие признаков жизни достаточно для определения статуса живорожденного независимо от срока беременности, 152 (33,8%) респондентов имеют противопо-

ложное мнение и придерживаются критериев живорождения, 4 (0,9%) — затрудняются ответить.

Наличие строго определённых критериев характерно не только для живорождения, но и мертворождения. Ребенок рожденный мертвым, может не считаться таковым из-за несоответствия критериям, что порождает благоприятную среду для правонарушений. При этом 216 (48%) опрошенных не знают, что критерии живорождения и мертворождения схожи (срок 22 недели и более, рост 25 см и более, масса 500 грамм и более). Полученные результаты свидетельствуют о достаточно низком уровне осведомленности участников анкетирования.

Отсутствие у родившегося, но не соответствующего установленным критериям, ребенка какого-либо правового статуса порождает большие риски при оказании ему реанимационной медицинской помощи в контексте уголовного преследования медицинских работников. Из-за наличия «белых пятен» в российском законодательстве встречаются случаи регистрации ребенка, подававшего при рождении признаки жизни, как мертворожденного, чтобы не портить статистику.

Родители, чей ребенок не подходит под признаки живорождения и мертворождения, не могут получить свидетельство о смерти. Следовательно, не могут захоронить недоношенного ребенка из-за наличия определенных препятствий, что еще сильнее отражается на психическом и физическом состоянии людей, потерявших ребенка.

Отсутствие правовой определенности вызывает высокую озабоченность общественных деятелей, призывающие к отказу от реанимации новорожденных, не соответствующих установленным критериям условной нормы. Это создает угрозу распространения антигуманных концепций и одновременно с этим лишает многих детей, рожденных с генетическими аномалиями и пороками развития, права на жизнь.

371 (82,4%) респондентов утверждают, что оказывать реанимационную помощь нужно, даже если с юридической точки это не родившийся человек (например, срок —

Таблица 2.

Ответы респондентов на вопросы

Вопросы и варианты ответов	Ответы респондентов	
	Абсолютные значения	Относительные значения, %
Как вы считаете, признание фактически живорождённого ребенка (имеющего сердцебиение, дыхание и др. признаки) не родившимся из-за несоответствия антропометрическим параметрам (например, срок — 22 недели, рост — 26 см, масса — 480 грамм) является верным?		
совершенно верно	74	16,4
скорее верно	158	35,1
скорее неверно	132	29,3
совершенно неверно	79	17,6
затрудняюсь ответить	7	1,6
Считаете ли вы, что наличие признаков жизни достаточно для определения статуса живорожденного независимо от срока беременности?		
да	294	65,3
нет	152	33,8
затрудняюсь ответить	2	0,45
Считаете ли вы, что наличие признаков жизни достаточно для определения статуса живорожденного независимо от антропометрических характеристик (роста и массы тела)?		
да	306	68
нет	144	32
Нужно ли оказывать реанимационную помощь, если с юридической точки это не родившийся человек (например, срок — 22 недели, рост — 26 см, масса — 450 грамм, есть признаки жизни)?		
да	371	82,4
нет	75	16,7
затрудняюсь ответить	4	0,9
Согласно правовым нормам, если ребёнок до 22 недель был реанимирован, то его рождение регистрируют только в том случае, если он прожил не менее 7 дней. Насколько вы считаете это корректным / некорректным?		
корректно	183	40,7
некорректно	264	58,7
затрудняюсь ответить	3	0,6
Корректно ли считать новорождённого (до 22 недель), умершего на 6 сутки, не родившимся, несмотря на то, что он почти неделю провел в отделении реанимации?		
корректно	142	31,6
некорректно	306	68
затрудняюсь ответить	2	0,4

22 недели, рост — 26 см, масса — 450 грамм, есть признаки жизни); 75 (16,7%) — считают это необязательным, 4 (0,9%) — затрудняются ответить.

306 (68%) респондентов считают некорректной ситуацию, в которой новорождённый (до 22 недель), умерший на 6 сутки, был признан не родившимся, несмотря на то, что он почти неделю провел в отделении реанимации, 142 (31,6%) опрошенных, наоборот, считают данный подход обоснованным и целесообразным, 2 (0,4%) респондента затрудняются ответить.

Из всего выше изложенного следует, что на сегодняшний день в Российской Федерации вопрос регулирования пра-

вового статуса плода находится в неудовлетворительном состоянии. Об этом свидетельствуют серьёзные пробелы в соответствующем законодательном и нормативно-правовом регулировании. Одним из следствий такого положения вещей является состояние общественного мнения, о чём свидетельствуют результаты опроса, показавшего наличие у респондентов высокой степени неопределённости. Всё это указывает на необходимость решения проблемы регулирования правового статуса плода, в частности, необходимость формулирования определения понятия «плод», а также момента отделения плода от организма матери.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.) // URL: <https://base.garant.ru/10103000/> (дата обращения: 18.01.2024).
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // URL: <https://base.garant.ru/10108000/> (дата обращения: 18.01.2024).
3. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) Часть третья (ст. 110 - 1224) // URL: <https://base.garant.ru/10164072/859fd6fac8ef71503c1f4cf807449b5c/> (дата обращения: 18.01.2024).
4. Налоговый кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. №146-ФЗ // URL: <https://base.garant.ru/10900200/> (дата обращения: 18.01.2024).
5. Федеральный закон «О временном запрете на клонирование человека» от 20.05.2002 №54-ФЗ // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&firstDoc=1&lastDoc=1&nd=102076148> (дата обращения: 18.01.2024).
6. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://base.garant.ru/12174909/> (дата обращения: 18.01.2024).
7. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.
8. Виноградов С. Ю., Диндяев С. В., Виноградова Е. Е. Основы морфогенеза внутриутробного развития человека. Иваново, 2011. 35 с.
9. Габай П. Г. Проблемы квалификации деяний медицинских работников, приведших к интранатальной гибели плода человека // Российский следователь. 2016. №21. С. 11-15.
10. Ковалев А. В., Плетянова И. В., Фетисов В. А. Правовые и судебно-медицинские проблемы установления жизнеспособности плодов и новорожденных в современных условиях // Судебно-медицинская экспертиза. 2014. №57 (4). С. 4-7.

Об авторах:

Данильчук Дарья Владимировна — студент 3 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, Курск, daria.danilchuk@mail.ru

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

Darya Vladimirovna Danilchuk — 3rd year student of the Faculty of Medicine of the Kursk State Medical University, Kursk

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

© Данильчук Д. В., Симонян Р. З., 2024

Для цитирования:

Данильчук Д. В., Симонян Р. З. О проблеме определения правового статуса плода // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 38-45.

For citation:

Danilchuk D. V., Simonyan R. Z. On the problem of determining the legal status of the fetus // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 38-45.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 23.01.2024 г.

Довнар А. Н.

РЕТРОСПЕКТИВА РАЗВИТИЯ РЕГЕНЕРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ФОКУСЕ ЕЁ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РОССИИ

В предпринятом исследовании автор анализирует лакуны в нормативном регулировании регенеративной медицины. В современной России на законодательном уровне закреплена только аллотрансплантация, тогда как иные виды медицинского вмешательства в обозначенной сфере (аутотрансплантация, ксенотрансплантация и иные) не имеют должного отражения в отечественном законодательстве. Отдельное внимание уделено дилемме триады презумпций согласия, испрошенного согласия и несогласия на посмертное изъятие органов и тканей человека. По итогу анализа сформулирован целый ряд предложений по совершенствованию регенеративной медицины.

Ключевые слова: медицинское право, регенеративная медицина, аллотрансплантация, аутотрансплантация, ксенотрансплантация, посмертная трансплантация, прижизненное донорство, посмертное донорство, права пациентов, лакуны в законодательстве, презумпция согласия, презумпция испрошенного согласия, презумпция несогласия, пересадка органов

Alexey Dovnar

RETROSPECTIVE OF THE DEVELOPMENT OF REGENERATIVE MEDICINE IN THE FOCUS OF ITS LEGISLATIVE REGULATION IN RUSSIA

In this study the author analyzes the gaps in the regulatory regulation of regenerative medicine. In modern Russia only allotransplantation is enshrined at the legislative level, while other types of medical intervention in the designated area (autotransplantation, xenotransplantation, etc.) are not properly reflected in domestic legislation. Special attention is paid to the dilemma of the triad of presumptions of consent, requested consent and disagreement for the posthumous removal of human organs and tissues. Based on the results of the analysis, a number of proposals for improving regenerative medicine were formulated.

Keywords: medical law, regenerative medicine, allotransplantation, autotransplantation, xenotransplantation, posthumous transplantation, lifetime donation, posthumous donation, patients' rights, lacunae in legislation, presumption of consent, presumption of requested consent, presumption of disagreement, organ transplantation

Начало минувшего столетия обусловлено стремительным научно-техническим развитием во многих сферах общественной жизни, где особое место занимает медицина, поскольку она имеет целеполаганием поддержание и (или) восстановление здоровья адресатов своей деятельности, зачастую эволюционирующей в сложно контролируемом процессе зарождения, оформления и воплощения в жизнь даже самых нетривиальных идей, среди которых для нас представляет интерес регенерация.

На сегодняшний день в науке выделяют следующие разновидности регенерации, которая синонимична процедуре трансплантации: ксенотрансплантация — процесс инфузии в организм реципиента клеток, тканей или органов животных, птиц, рыб и земноводных в целях лечения, профилактики и диагностики заболеваний [1, с. 101], аутотрансплантация — пересадка родных для реципиента клеток, органов и тканей в его же организм, аллотрансплантация — вмешательство, при котором органы и ткани одного человека пересаживаются

исключительно другому человеку, а также возможность создания органов и тканей из искусственного материала, пригодного для трансплантации, или же их получение из стволовых клеток пациента. Широта вариаций в трансплантологии объясняется разной степенью эффективности медицинского вмешательства в конкретных клинических случаях.

Если регенеративная медицина в ее технологическом измерении развивается по свойственным прогрессу законам стремительной непрерывности, то нормативное регулирование оформившихся общественных отношений сильно отстает от уровня достаточности, при котором возможно будет заявить об отсутствии «белых пятен» в законодательстве. Причины подобного дисбаланса мы видим в чрезмерной сложности законодательного процесса в его многоступенчатости. Теперь же сосредоточимся на ретроспективе легального закрепления основополагающих категорий в отечественной трансплантологии.

Первостепенно следует обратить внимание на исключительность основания для применения трансплантации органов и тканей человека, которое выражается в необходимости спасения жизни и восстановления здоровья пациента в ситуациях, когда другие способы медицинского вмешательства не могут гарантировать сохранение жизни реципиента или восстановление его здоровья¹. Иначе говоря, при обращении человека за медицинской помощью и в процессе ее оказания должны быть использованы все доступные современной клинической практике средства лечения или преодоления нозологии и только при их неэффективности с позиций достаточности для достижения удовлетворительного состояния здоровья возможно прибегнуть к применению трансплантации.

Столь категоричная позиция законодателя находит у нас поддержку, поскольку, очевидно, в ней преследуется стремление

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

сохранить баланс интересов участников правоотношений в медицинской сфере. Так если говорить, опираясь на клиническую картину анамнеза реципиента, где иные средства медицинского вмешательства оказались безрезультатны или малоэффективны, то надобность трансплантации, вне всякого сомнения, оправдана, а потому и запрашивается такой категорией пациентов. Несколько иначе анализируемая нами проблематика выглядит с точки зрения доноров, которые «поставляют» свои органы и ткани, могущие быть объектами трансплантации², ведь они «делятся» теми компонентами, которые не относятся к быстро восстанавливаемым.

Именно невозможность быстрого восстановления органов и тканей человека без вреда для организма донора наряду с исключительными основаниями или, лучше сказать, показаниями к применению трансплантации в конкретном клиническом случае предопределила еще одно нормативное положение, которое сначала было закреплено в законодательстве о трансплантации, а затем продублировано в законе об основах охраны здоровья граждан. В обоих актах федерального уровня установлено, что изъятие органов и тканей у живого донора возможно только если в результате трансплантации его здоровью не будет причинен значительный вред³, что предварительно выясняется и закрепляется в заключении консилиума врачей-специалистов.

По нашему мнению, если применение аллотрансплантации более-менее урегулировано с точки зрения предупреждения негативных для донора последствий, связанных с причинением значительного вреда его здоровью, то использование технологии

² Приказ Минздрава России №306н, РАН №3 от 04.06.2015 (ред. от 27.10.2020) «Об утверждении перечня объектов трансплантации» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2015 №37704) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201506220029> (дата обращения: 28.06.2024).

³ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

аутотрансплантации нуждается в формировании значительной нормативной базы, которая бы отражала специфику, связанную с совпадением в одном лице и донора, и реципиента. Не вдаваясь в подробности отражения на законодательном уровне понятийного аппарата по данному виду медицинского вмешательства, отметим, что сегодня необходимо хотя бы рамочно установить ограничение, аналогичное тому, что действует в отношении донора, привлекаемого к аллотрансплантации, поскольку действующая норма не охватывает статус реципиента.

Для восполнения нормативной лакуны в Закон Российской Федерации от 22.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» следует внести изменение, изложив часть вторую статьи 1 в следующей редакции: «Изъятие органов и (или) тканей у живого донора, в том числе выступающего для самого себя реципиентом, допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред.». В свою очередь в Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» надлежит внести изменения, изложив часть 2 статьи 47 в следующей редакции: «2. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора, в том числе выступающего для самого себя реципиентом, допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред.».

Примечательно, что при анализе видов медицинского вмешательства в обозначенной сфере обращает на себя внимание формально не отраженное, но фактически выводимое из содержания части первой статьи 1 Закона о трансплантации и части 1 статьи 47 Закона об охране здоровья ограничение доступных для легального использования технологий, среди которых, по сути, разрешена только аллотрансплантация, тогда как иные виды регенератив-

ной медицины, скажем, аутотрансплантация, ксенотрансплантация, а также возможность создания органов и тканей из искусственного материала, пригодного для трансплантации, или же их получение из стволовых клеток пациента, следует признать, пребывают вне достаточного правового регулирования, что провоцирует наступление негативных последствий с недооцениваемым потенциалом. В том числе поэтому пусть и малая часть предложений с нашей стороны позволит начать движение к формированию целостного подхода к всеобъемлющему регулированию регенеративной медицины: сначала свое легальное закрепление сможет получить аутотрансплантация, а затем и другие виды медицинского вмешательства в фокусе проводимого исследования.

Следом по смыслу законодательства о трансплантации установлен запрет на куплю-продажу органов и тканей человека, действие которого, можно считать, обеспечивается за счет сосредоточения полномочий по трансплантации только в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Как мы полагаем, это обеспечение осуществляется за счет выстроенной системы взаимодействия в жесткой вертикали с присущими ей требованиями, в том числе к отчетности в Минздрав России, что не всегда можно предусмотреть в медицинских организациях частной системы здравоохранения. Некоторые исследователи усматривают в сложившемся положении дел парализацию развития данной отрасли, поскольку в случае государственно-муниципальной монополизации регенеративной медицины возникает зависимость медицинских организаций от финансирования из государственного или муниципального бюджета, в то же время отсутствует возможность получения прибыли от своей деятельности (на что по обыкновению нацелены частные организации), где подчеркивается ее строго непредпринимательский характер [6].

Позволим себе категорически не согласиться с приведенными выше воззрениями автора, который недвусмысленно заявляет

о возможности, по его мнению, наделить правом заниматься технологиями трансплантации не только государственные и муниципальные учреждения, но и медицинские организации частной формы собственности. По нашему мнению, когда речь идет о сфере здравоохранения, то ратовать за расширение субъектов весьма специфического вида медицинской деятельности, особенно тех, кто создан и существует благодаря коммерческой в них составляющей (а частные медицинские организации объективно не могут функционировать без их значительного финансирования), недопустимо, поскольку ввиду своей специфики трансплантология требует повышенного внимания и исключения любой коммерциализации, чтобы однажды помощь не превратилась в бизнес.

Нельзя не констатировать актуальность анализа регенеративной медицины, использующей органы и ткани не только живых доноров, но и пациентов, в надлежащем порядке признанных умершими, поскольку в теории и практике посмертной трансплантации наличествует совокупность «белых пятен», обнаружение которых не только артикулируется теми, кто их выявляет, но и становится предметом рассмотрения высших судебных инстанций. Основной камень преткновения — презумпция согласия на посмертное изъятие органов и тканей умершего человека. С одной стороны, как обозначил в одном из своих определений Конституционный Суд Российской Федерации, законодатель избрал модель презумпции согласия на изъятие органов и (или) тканей человека после его смерти («неиспрошенное согласие» или «предполагаемое согласие»), трактующую невыражение самим лицом, его близкими родственниками или законными представителями своей воли либо отсутствие соответствующих документов, фиксирующих ту или иную волю, как наличие положительного волеизъявления на осуществление такого изъятия — при том, что никто после смерти не может быть подвергнут данной процедуре, если известно об отрицательном отношении к этому самого лица, его близких род-

ственников, законных представителей⁴. С другой — плеяда пациентов, их близких родственников и иных законных представителей, в силу объективной возможности к ознакомлению с законодательно установленными основаниями и порядком посмертной трансплантации, вместе с тем — субъективной ограниченности в реализации обозначенной возможности ввиду отсутствия профильного юридического образования, которое позволяет ориентироваться в обилии правовых норм, не могущих ознакомиться со сложившимся правовым регулированием. Несмотря на тот факт, что законодательство о трансплантации сформировалось еще в конце прошлого столетия, проблема по сей день не решена в том качестве, которое бы могло устроить всех.

Покуда проблема, выведенная в предмет нашего исследования, до сих пор не решена, не умаляется ее актуальность, которая занимает умы многих ученых-юристов, по обыкновению придерживающихся диаметрально противоположных точек зрения на вариации преодоления разногласий между интересами клинической медицины и пациентами, где у каждой из сторон имеются свои аргументы с ожидаемо разной долей релевантности. Отметим, что сегодня можно смело заявлять о трех вариациях отношения к посмертной трансплантации, которые выражаются в презумпциях согласия, испрошенного согласия и несогласия. Теперь чуть подробнее разберем каждый из обозначенных подходов.

Начать анализ триады следует с презумпции согласия, которая основывается на законодательстве о трансплантации, в частности, сложившемся нормативном регулировании посмертного изъятия органов у человека без выяснения его на то воли, и находит поддержку у своих сторонников. В ее обоснование закладывается статистика по количеству ежегодных трансплантаций

⁴ Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 04.12.2003 №459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека»» // Вестник Конституционного Суда Российской Федерации, №3, 2004.

по нескольким категориям нуждаемости в различных органах и тканях человека. Полагаем возможным привести данные в диапазоне с 2020 по 2022 годы. Так четыре года назад было проведено 1960 трансплантаций органов [2, с. 15], в 2021 году проведено 2318 операций по пересадке органов [3, с. 11], в 2022 году — 2555 операций [4, с. 10]. Нам могут возразить, мол, что такое (возьмем максимальное значение операций) 2555 трансплантаций на всю страну? Ничтожно мало!

Реагируя на сперва кажущийся справедливым вопрос, следует учитывать, что, во-первых, приведенные цифры — число состоявшихся операций, где, очевидно, не отражается количество пациентов, ждущих своей очереди на пересадку в листе ожидания, а их, можно смело утверждать, в разы больше, во-вторых, при оперировании любыми данными в регенеративной медицине важно иметь в виду и постоянно держать в голове, что за каждым показателем стоит реальная человеческая жизнь, которая даже в своем единственном значении бесценна, не говоря уже об их увеличении. Скромно надеясь, заявим: в таком ракурсе аргументы точно сменятся в пользу нуждающихся пациентов, которые очень хотят жить.

Пока в науке ломаются копыта сторонников и противников применения презумпции согласия, российские суды действуют в строгом соответствии с законодательством о трансплантации, однозначно отказывая истцам в удовлетворении заявляемых требований. Так в одном из споров в феврале 2024 года родственники умершего пациента, у которого изъяли органы, пройдя первую и апелляционную инстанции, в кассационной жалобе заявляли об отсутствии согласия родственников умершего на изъятие органов у трупа для трансплантации, об обогащении сотрудников медицинского учреждения ввиду значительной стоимости донорского органа, о нарушении процедуры изъятия органов и констатации смерти, неясности времени ее наступления. Однако, исследовав выводы судебных инстанций и материалы дела, Пятый кассационный

суд общей юрисдикции установил, что как со стороны истцов, так и со стороны умершего не был выражен запрет на изъятие органов; в таком случае, поскольку учреждение здравоохранения на момент изъятия не было поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо, либо его близкие родственники или законный представитель, заявили о своем несогласии на изъятие органов в целях трансплантации, определено решения судов первой и апелляционной инстанций оставить без изменения, а кассационную жалобу — без удовлетворения⁵.

Не умаляя право лиц, нуждающихся в пересадке органов и тканей, на полноценную жизнь, сторонники презумпции испрошенного согласия предлагают соблюдать паритет интересов, с одной стороны, пациентов, которые находятся в листе ожидания на трансплантацию, а с другой — тех, кто пусть и пребывает в почти предсмертном состоянии, но не теряет надежды (которая, как известно, умирает последней) выжить. В этой связи показательна позиция Конституционного Суда Российской Федерации, который в последнем из определений, по сути, сформулировал чаяния родственников, лишь после смерти своих родных узнающих о том, что органы их близких изъяты для трансплантации в интересах нуждающихся реципиентов: «существо требований заявителей фактически сводится к необходимости перехода от существующей в России модели презумпции согласия на изъятие органов человека после его смерти к системе испрошенного согласия». Вместе с тем, не обладая мандатом здесь и сейчас удовлетворить запрос обратившихся, высший орган конституционного нормоконтроля в своем определении отметил: «разрешение этого вопроса — притом, что и та, и другая нормативная модель является допустимой как с точки зрения конституционных установлений, так и с точки зрения положений

5 Определение Пятого кассационного суда общей юрисдикции от 22.02.2024 №88-1147/2024 // Официальный сайт Пятого кассационного суда общей юрисдикции // URL: <https://clck.ru/3BYGLc> (дата обращения: 28.06.2024)

международно-правовых актов — составляет прерогативу федерального законодателя»⁶.

Наконец, ряд цивилистов, которые предпринимали попытку всесторонне рассмотреть проблематику посмертной трансплантации в ее существующем преломлении, недвусмысленно заявляли о необходимости безапелляционной смены презумпции согласия на презумпцию несогласия [7], приводя в обоснование своих воззрений мнение, что презумпция несогласия в наибольшей степени обеспечивает защиту прав, свобод и законных интересов каждого человека, реальное осуществление волеизъявления умершего лица [9]. Представляется вполне вероятным, что в пользу презумпции несогласия заявляется и стремление к реализации права пациента на достойное отношение к его телу после смерти, куда входит волеизъявление лица о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела, закрепленное за каждым человеком в законодательстве о погребении и похоронном деле⁷.

После рассмотрения подходов к посмертной трансплантации, которые сложились сегодня в науке, надлежит выразить собственное видение разрешения дилеммы в этом вопросе. С одной стороны, важно трезво оценивать динамику правоотношений в медицинской сфере, где руководители учреждений и врачи нередко, руководствуясь вполне благими намерениями спасения жизни других, напрочь игнорируют обращение к ним родных и близких потенциального донора [10]. Получается, происходит превалирование интересов одного пациента над интересами другого, при

6 Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 10.02.2016 №224-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Бирюковой Татьяны Михайловны, Саблиной Елены Владимировны и Саблиной Нэлли Степановны на нарушение их конституционных прав статьей 8 Закона Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека"» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_194949/ (дата обращения: 28.06.2024).

7 Федеральный закон от 12.01.1996 №8-ФЗ (ред. от 06.04.2024) «О погребении и похоронном деле» // Собрание законодательства Российской Федерации, 15.01.1996, №3, ст. 146.

том, что с точки зрения цивилистики, права человека должны и могут обеспечиваться и защищаться, вне зависимости от факта смерти. Если воспринять на веру большое количество подобных инцидентов, которые происходят на местах и изредка становятся достоянием общественности, то возникает позыв к отражению в законе презумпции несогласия. С другой стороны, четко осознавая клиническую потребность в донорах органов и тканей, которые через пересадку смогут спасти жизнь тяжело больным реципиентам, невозможно бескомпромиссно заявлять о своей приверженности презумпции несогласия на изъятие органов и тканей после смерти пациента. Повторимся, даже одна человеческая жизнь бесценна!

По нашему мнению, вряд ли возможно предусмотреть регуляцию посмертной трансплантации в части предписания медицинским организациям и их работникам соблюдать законодательно предусмотренное право родственников заявить об отказе от трансплантации до ее начала на достаточном уровне, поскольку существует большая разница между тем, что прописано на бумаге и тем, как написанное реализуется на практике. Как говорится, пресловутый человеческий фактор обязательно даст о себе знать. Именно поэтому представляется наиболее релевантным на сегодня однозначно отказаться от презумпции согласия, даже несмотря на с каждым годом возрастающее число проведенных операций по трансплантации, поскольку интересы человека (в нашем случае потенциального посмертного донора) должны превалировать над интересами общества (в нашем случае реципиента и его родственников), ибо, повторимся, донор «делится» своими органами и тканями, которые принадлежат ему и должны быть отчуждаемы по его воле, или науки⁸.

Одновременно с этим, предваряя множество воззваний от нуждающихся в пересадке реципиентов и понимая отнюдь не

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

радужную ситуацию с успехами (главным образом в аспекте числа доноров, пригодных для участия в) трансплантации, считаем возможным согласиться с исследователями, которые полагают, что достаточным для решения данной проблемы являлось бы изменение существующей модели, в том числе посредством законодательного регулирования, обязывающее врачей перед изъятием органов у умершего предпринять попытки для выяснения наличия либо отсутствия согласия его ближайших родственников на это [5, с. 56]. Здесь же нелишним будет акцентировать внимание на том, что трансформация презумпции согласия в презумпцию испрошенного согласия в хорошем смысле слова уравнивает правовой статус пациентов, вне зависимости от возраста, и положение законодательства о здравоохранении в части предусматривания презумпции испрошенного согласия для родителей в отношении их несовершеннолетних детей [11, с. 74] можно будет распространить на всех граждан страны.

В завершение рассуждения о перспективах развития посмертной трансплантации следует акцентировать внимание участников баталий по вопросу реформирования сложившегося порядка изъятия органов и тканей человека после его смерти на прекрасную альтернативу, которая способна удовлетворить запрос регенеративной медицины на увеличение доноров, привлекаемых для медицинского вмешательства в неуклонно растущих запросах на проведение операций по пересадке органов и тканей нуждающимся реципиентам. Такой альтернативой является прижизненное донорство, надо сказать, сильно недооцененное сегодня. Опять-таки причин у этого явления несколько: недостаточная работа с потенциальными донорами или их род-

ственниками, слабая информированность граждан по вопросам трансплантологии (в части разъяснения права выразить свое желание быть донором и отдать свои органы для спасения других людей) [8, с. 66]. По нашему мнению, если сегодня на различных уровнях, начиная от Минздрава России и заканчивая районной медицинской организацией в небольшом населенном пункте, озаботиться увеличением числа доноров, отдав приоритет не посмертному, а прижизненному донорству, то и проблема с триадой презумпций будет постепенно решена, причем с учетом интересов всех заинтересованных сторон.

Подводя итог, отметим, что проблематика регенеративной медицины не теряет своей актуальности, поскольку в ее правовом регулировании и доктринальном осмыслении имеются лакуны, требующие преодоления: наличие законодательного закрепления только аллотрансплантации при одновременном использовании на практике в том числе и аутооттрансплантации, а также иных вариаций регенеративной медицины; неоднозначность восприятия государственно-муниципальной монополизации медицинского вмешательства в сфере трансплантации; наконец, самая пестрая на подходы дискуссия по вопросу отношения к триаде презумпций согласия, испрошенного согласия и несогласия. Все обозначенные аспекты были рассмотрены в предпринятом исследовании, по каждому из направлений научного дискурса выработана авторская позиция, оформленная в предложения по реформированию регенеративной медицины через совершенствование законодательства, что, смеем надеяться, найдет свое отражение не только в продолжении анализа выведенной в наименовании статьи тематики, но и законодательных новеллах.

Список литературы:

1. Брылева К. М. Ксенотрансплантация как метод преодоления острой нехватки донорского материала: юридический аспект // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2021. №3-1(54). С. 102-104.

2. Готье С. В., Хомяков С. М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2020 году. XIII сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2021. Т. 23. №3. С. 8-34.
3. Готье С. В., Хомяков С. М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2021 году. XIV сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2022. Т. 24. №3. С. 8-31.
4. Готье С. В., Хомяков С. М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2022 году. XV сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2023. Т. 25. №3. С. 8-30.
5. Загороднюк Ю. К. Проблемные аспекты реализации «презумпции согласия» при посмертном донорстве в России и пути их преодоления // Медицинское право: теория и практика. 2021. №2. С. 54-59.
6. Карнушин В. Е. О некоторых недостатках правового регулирования отношений по трансплантации органов и тканей человека // Медицинское право, 2023, №1. С. 41-43.
7. Малеина М. Н. Право индивида на телесную (физическую) неприкосновенность // Государство и право. 1993. №4. С. 97-106.
8. Несмеянова С. Э., Калинина Е. Г. Правовые аспекты трансплантологии // Вестник Сургутского государственного университета. 2020. №2(28). С. 63-67.
9. Осипова Л. В., Юдин Е. В. Трансплантация органов (тканей) человека в Российской Федерации: проблемы правового регулирования // Медицинское право. 2016. №3. С. 34-38.
10. Останина Е. А. Право на свое тело: распоряжения в отношении органов, тканей, клеток и эмбрионов с позиций гражданского права // Вестник экономического правосудия Российской Федерации, 2019, №8. С. 156-195.
11. Пак А. В. Правовые проблемы регулирования посмертного донорства и трансплантации тканей человека // Медицинское право: теория и практика. 2021, №2. С. 73-80.

Об авторе:

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

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

© Довнар А.Н., 2024

Для цитирования:

Довнар А. Н. Ретроспектива развития регенеративной медицины в фокусе её законодательного регулирования в России // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 46-53.

For citation:

Dovnar A.N. Retrospective of the development of regenerative medicine in the focus of its legislative regulation in Russia // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 46-53.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 29.06.2024 г.

Ковалёва И. А.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИАЦИИ В СПОРАХ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Применение медиации в медицине является актуальной темой. В силу деликатности медицинской сферы предпочтительнее, чтобы споры в данной области были разрешены на основе медиативных техник.

В статье дано определение медиации, приведена правовая база, говорится об актуальности применения процедуры медиации в сфере здравоохранения, оказания медицинских услуг, поднимается вопрос о правовом статусе медиатора в медицине, уделяется внимание анализу информированности сторон спора о возможности его разрешения путем медиации.

Обозревается эффективность применения медиации в здравоохранении, приводится положительная практика применения медиации в медицинских спорах, показываются положительные стороны применения медиации как для пациентов, так и для врачей, и медицинских организаций.

Ключевые слова: медиация, медиативные процедуры, медиация в медицине, разрешение конфликтов, медицинские споры

Irina Kovaleva

ON THE ISSUE OF THE APPLICATION OF MEDIATION IN DISPUTES WITH MEDICAL ORGANIZATIONS

The use of mediation in medicine is a hot topic. Due to the sensitivity of the medical field, it is preferable for disputes in this area to be resolved through mediation techniques.

The article gives a definition of mediation, provides a legal framework, talks about the relevance of using the mediation procedure in the field of healthcare and the provision of medical services, raises the question of the legal status of a mediator in medicine, and pays attention to the analysis of the awareness of the parties to a dispute about the possibility of resolving it through mediation. The effectiveness of the use of mediation in healthcare is reviewed, the positive practice of using mediation in medical disputes is given, and the positive aspects of the use of mediation are shown both for patients and for doctors and medical organizations.

Keywords: mediation, mediation procedures, mediation in medicine, conflict resolution, medical disputes

Сфера медицины является потенциально конфликтогенной. Связано это, в том числе, с размытым понятием качества медицинской услуги. Качество оказанной медицинской услуги — понятие достаточно субъективное. Всемирная организация здравоохранения говорит о том, что суммарно показатель качества основывается на: эффективности, безопасности и ориентированности на по-

требности людей¹. И если в вопросах жизни и здоровья еще достаточно понятно, как прийти к общему знаменателю, то в эстетической медицине понятие качества, прежде всего, связывается с субъективным понятием о красоте каждого конкрет-

¹ Всемирная организация здравоохранения. Вопросы здравоохранения: Качество медицинской помощи // URL: https://www.who.int/ru/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 (дата обращения: 16.10.2023).

ного участника процесса. Соответственно, по итогам проведения медицинских манипуляций часто возникают конфликты. За последние годы (2022-2023 гг.) количество поданных жалоб на качество медицинских услуг растет. Так, по словам заместителя руководителя Росздравнадзора Ирины Серёгиной на конференции «Финздрав 2022» «Росздравнадзор отмечает прирост количества жалоб граждан на низкое качество медпомощи, непредставление гарантированного ее объема и недостаточную доступность медицинских услуг в системе ОМС»². Подтверждение такой тенденции можно проследить и в подведенных итогах за I-II кварталы 2023 года³. Можно сделать вывод, что такая ситуация — результат наличия проблем в сфере качества оказания медицинских услуг, информированности граждан в сфере защиты прав потребителей и, значит, внедрение процедур медиации актуально для данной сферы.

Под медиацией (от лат. «mediatio») следует понимать посредничество, содействие третьей стороны в мирном разрешении споров. С 1 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон от 27 июля 2010 г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)»⁴.

Применение медиации для разрешения споров, возникающих в сфере здравоохранения, является возможным, такие споры медиабельны. Медиабельность — это комплекс свойств спора, которые позволяют применить для его разрешения медиацию. Это такие свойства как отсут-

ствие законодательного запрета на проведение медиации, соответствие существа спора и его формы общепринятым нормам общества о морали и этике, возможность урегулирования путем заключения мирового соглашения (в данном случае, медиативного соглашения, которое может быть утверждено и как мировое соглашение), договороспособность сторон. Легальное определение договороспособности отсутствует, но, обобщая различные источники, можно сказать, что переговорный процесс, диалог сторон обеспечивается их личной готовностью слушать и слышать оппонента и субъективной способностью к этому. Количество споров в различных сферах общественной жизни, начиная от бытовых и заканчивая судебными, говорит о том, что договороспособность российского общества невысока. Зачастую люди не готовы к диалогу друг с другом, но готовы к тому, что посредником между ними для разрешения конфликта выступит третье, независимое ни от кого из них, лицо, тем более, если понимают выгоду именно такого способа разрешения существующего спора для себя. Умение вести такие переговоры — компетенция, основанная на понимании самого процесса переговоров, их техниках, профессионализме медиатора, его личностных качествах.

Лаврова Н. М. с соавт.⁵ предлагает разделять уровни медиации, проводимой с целью разрешения социальных конфликтов (см. рис.). Можно полагать, данные характеристики в полной мере применимы к спорам в сфере здравоохранения.

Медиатор должен не просто созерцать конфликт сторон и фиксировать их договоренности, он содействует развитию конструктивного сотрудничества и партнерских отношений. В ст. 1 Федерального закона от 27.07.2010 №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» говорится, что он разработан, в том числе, в целях гармонизации социальных отношений.

² Россияне стали чаще жаловаться на плохое качество и низкую доступность медпомощи // URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Rossiyane-stali-chashe-jalovatsya-na-plohoe-kachestvo-i-nizkuu-dostupnost-medpomoshi.html?ysclid=ineoycrf59213195822> (дата обращения: 16.10.2023).

³ Обзор обращений граждан и организаций, поступивших в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения // URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2023/4/20/1681977931_34418-1-3587172.doc (дата обращения: 16.10.2023).

⁴ Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): федеральный закон от 27.07.2010 №193-ФЗ (в ред. 26.07.2019) // Российская газета. 30.07.2010. №5247.

⁵ Лаврова Н. М., Лавров В. В., Лавров Н. В. Медиация: принятие ответственных решений. М: ОППЛ, 2013. 224 с.



Рис. Уровни медиации, производимой посредником с целью разрешения конфликта

Ст. 3 вышеупомянутого закона говорит, что «...процедура медиации проводится при взаимном волеизъявлении сторон на основе принципов добровольности, конфиденциальности, сотрудничества и равноправия сторон, беспристрастности и независимости медиатора...». Т. е., каждая из сторон (как правило, мы говорим о пациенте-докторе-медицинской организации) сознательно выбирает примирительную процедуру медиации и добровольно входит в нее. Нужно заметить, что любая из сторон также имеет права выхода из процедуры медиации. Конфиденциальность процедуры должна быть гарантирована как медиатором, так и сторонами. Сохранение сведений, которые стали известны

медиатору при работе со сторонами — вопрос профессионализма, закон запрещает медиатору разглашение этих сведений. Стороны же могут при вхождении в процедуру подписать соглашение, по которому каждая из них обязуется не разглашать сведения, ставшие им известными в ходе проведения медиации, например, в СМИ и социальных сетях. К сожалению, зачастую стороны конфликта, особенно, когда он находится в стадии эскалации, придают огласке те сведения, которые должны быть сохранены между врачом и пациентом в силу медицинской этики и закона. Сейчас в СМИ мы можем наблюдать, как развивается конфликт между врачом-пластическим хирургом Т. Т. Хайдаровым и группой по-

страдавших пациентов, часть из которых является публичными личностями и чьи персональные данные, личная переписка и сведения, составляющие медицинскую тайну, стали достоянием общественности. По сведениям СМИ, в настоящий момент поданы соответствующие заявления и компетентным органам предстоит дать правовую оценку действиям каждой из сторон. Также, по данным открытых источников, в данной ситуации хирургу была предложена процедура медиации. Следует заметить, что, если бы стороны изначально выбрали не «войну с привлечением СМИ», а медиацию, возможно, конфликт был бы решен с меньшими репутационными и прочими потерями.

Медицина — это та сфера, где затрагиваются высшие ценности — жизнь и здоровье человека, очень личная, деликатная сфера. Поэтому дипломатическое разрешение конфликта очень актуально. И именно поэтому медиацию в медицине можно признать необходимой и перспективной.

В сфере медицинских услуг процедура медиации, с учетом поправок в законодательство, может применяться в следующих конфликтах: медицинская организация — пациент; медицинская организация — персонал; медицинская организация — контрагент (поставщик, страховая компания); медицинская организация — орган административного контроля⁶. Т. е., такие конфликты могут быть межличностными, межгрупповыми и смешанными.

В целях настоящего исследования имеет смысл остановиться подробнее на конфликтных ситуациях с пациентами как наиболее часто встречающимися и спорными.

В литературе вопрос о том, кто — врач или пациент — является «сильной стороной» в споре является дискуссионным. Ряд авторов стоит на позиции, что пациент в конфликте с клиникой заранее не являет-

6 Васильева А. С., Янковенко А. Д. Медиация как способ разрешения конфликтов в сфере здравоохранения // Традиции и новации в системе современного российского права: Материалы XXII Международной научно-практической конференции молодых ученых. В 3-х томах, Москва, 07–08 апреля 2023 года. Москва: Московский государственный юридический университет им. О. Е. Кутафина, 2023. С. 425–427.

ся слабой стороной⁷, т. к. защищен, в том числе, и законом №2300-1 от 07.02.1992 «О защите прав потребителей»⁸, выпускаются даже практикумы по тактике защиты прав врачей⁹. Но все авторы сходятся в одном — конфликт должен быть решен. И, с учетом загруженности судей, желательно решить этот конфликт в досудебном порядке. Вот тут на помощь приходит медиация.

Чхартишвили Д. А. считает, что внедрение процедуры медиации в систему здравоохранения представляет собой перспективу, которая в корне изменит характер взаимоотношений между пациентом и врачом, что возможность досудебного разрешения конфликтов позволит избежать судебных тяжб, наносящих урон бюджету, психологическому здоровью и авторитету сторон¹⁰. Также представляется логичной мысль М. А. Василенко о том, что медиация конфликтов при урегулировании споров в здравоохранении является самым экономичным и эффективным способом досудебного урегулирования конфликтов¹¹.

Идея создания системы досудебного урегулирования споров нашла реализацию в 2015г в Национальной медицинской палате, эту инициативу поддержали руководители Минздрава России и Росздравнадзора.

И это действительно хорошая инициатива, только еще не реализованная в полном объеме. Однако есть надежда, что в перспективе медиация в здравоохранении будет поддержана на государственном уровне, ведь ее преимущество перед судеб-

7 Медиация в медицине // URL: https://elestom.ru/handbook/medical_mediation/mediation_in_medicine/ (дата обращения: 15. 10. 2023).

8 О защите прав потребителей: федеральный закон от 07.02.1992 №2300-1 (в ред. 04. 08. 2023) // Российская газета. 07. 04. 1992. №80 (416).

9 Защита прав врачей: практикум по тактике // URL: <https://moniiag.ru/wp-content/uploads/2019/02/ZASHNITA-PRAV-VRACHEJ-PRAKTIKUM-PO-TAKTIKE.pdf> (дата обращения: 15.10.2023).

10 Чхартишвили Д. А. Внедрение медиативной практики в систему здравоохранения // Гуманитарий Юга России. 2016. Том 17. №1. С. 241–248.

11 Василенко М. А. Развитие медиации в здравоохранении: необходимость и перспективы развития // Проблемы и достижения современной науки. 2018. Т. 2. №1 (5). С. 92–95.

ными тяжбами очевидны и полностью соответствуют самим принципам медиации:

- процедура конфиденциальна (все, что будет сказано, не выйдет за рамки пациент-врач-медиатор, следовательно, сохраняется тайна пациента и репутация врача); медиатор нейтрален (у посредника нет заинтересованности ни в каком-то определенном результате, ни в интересах какой-либо из сторон);
- добровольность (врач и пациент добровольно соглашаются на процедуру, значит, они готовы выслушать друг друга и быть услышанными, благодаря медиации возможно сохранение доверительного отношения между сторонами и продолжения контакта в будущем);
- стороны равноправны (медиатор ответственен за то, чтобы и врач, и пациент могли высказать свое видение ситуации, чтобы без взаимных упреков и оскорблений могли высказываться и дискутировать, находя решение, выгодное обоим).

Дискуссионным является вопрос о том, должен ли медиатор быть приглашенным «со стороны» (из списка медиаторов конкретного города, например) или быть штатным/внештатным сотрудником конкретной медицинской организации¹².

В литературе встречается мнение, что медиатор вполне может быть работником лечебного учреждения¹³. Существует практика обучения медиации врачей¹⁴. И это не противоречит закону, т. к., действительно, медиация может быть профессиональной и непрофессиональной.

12 Ковалёва И. А. Проблемы и перспективы развития медиации на современном этапе в России // Перспективы развития институтов права и государства: Сборник научных статей 5-й Международной научной конференции, Курск, 12 мая 2022 года / Отв. ред.: А. Н. Пенькова. Курск: Юго-Западный государственный университет, 2022. С. 18-21.

13 Арутюнов А. Т., Шамликашвили Ц. А. Возможности применения нового метода медиации при разрешении конфликтов в сфере оказания медицинских услуг лечебно-профилактическими учреждениями // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2008. №2. С. 79-80.

14 Новосибирская областная ассоциация врачей // URL: <http://www.noav.ru/?p=5881> (дата обращения: 20.10.2023).

Однако, автор статьи придерживается мнения, что в принципе, а в такой деликатной теме — особенно, медиатор должен быть именно профессионалом, т. е. пройти соответствующее обучение и иметь диплом (тем более, что процедура медиации по спорам, переданным на рассмотрение суда или третейского суда до начала проведения процедуры медиации, может проводиться только медиаторами, осуществляющими свою деятельность на профессиональной основе). Профессиональным медиатором может быть лицо, достигшее 25-летнего возраста, уже имеющее высшее образование (причем законом не приводятся какие-либо ограничения в имеющихся у кандидата специальностях) и прошедшее дополнительное образование или переподготовку в сфере применения процедуры медиации. Исключения составляют государственные и муниципальные служащие, в отношении которых действуют изъятия, предусмотренные законодательством. Далее, относительно нейтральности медиатора. Согласно ст. 3 Федерального закона от 27.07.2010 №193-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» медиатор должен осуществлять свою деятельность на основе принципов беспристрастности и независимости. У автора статьи имеются обоснованные сомнения в нейтральности (беспристрастности и независимости) медиатора, который является сотрудником лечебного учреждения. Автор статьи продолжает настаивать на мысли, что медиатор должен быть абсолютно нейтральной стороной, не являющейся работником/ представителем/ родственником и т. п. кого-либо из участников конфликта. Т. е., принцип нейтральности должен проявляться не только в нейтральном отношении медиатора к проблеме, но и в его нейтральном статусе относительно какой-либо из сторон конфликта. Поэтому автором высказывается мнение о том, что процедуру медиации в медицине должен проводить профессиональный медиатор, являющийся приглашенным специалистом. В зарубежных источниках также приветствуются использование внешнего специалиста в случае конфликта, что позво-

ляет компании и всем участникам конфликта разработать справедливые и устойчивые решения, учитывающие все медицинские, психологические, юридические и этические аспекты спора¹⁵.

В настоящее время службы медиации существуют не во всех регионах России. Пилотные проекты успешно реализуются, например, в Москве, Смоленской, Ульяновской областях, но практически не развиты в Новосибирской (хотя, разрешением семейных споров или конфликтов в школе занимаются некоторые специалисты). Следует заметить, что в зарубежных странах институт медиации в медицине развит больше. Так, например, в 2010 году в Грузии Служба медицинской медиации стала государственной, а в 2012 году в Гражданско-процессуальный кодекс Грузии были внесены соответствующие изменения в части обязательности решений Службы¹⁶. В Австралии создано общество медиаторов NARDAC — Национальный консультативный совет по альтернативному разрешению споров, основанный в 1995 г. Альтернативное разрешение споров в Австралии подразумевает не только медиацию, но и рассмотрение споров негосударственным арбитром с вынесением решения для обязательного исполнения. До подачи в суд люди могут обратиться в «Районный центр правосудия». В таких центрах работают юристы, судья в отставке и другие профессионалы. Такой процесс называется «частной медиацией», это вне компетенции государственных органов. Все суды Австралии имеют право отправить дело на медиацию. У верховного суда есть разрешение оказывать услугу медиации, то есть медиация будет проведена судебной властью¹⁷. В Германии институт медиации является как бы частью системы правосудия, каждый профессио-

нальный юрист в рамках обучения специальности изучает и медиацию. В Беларуси с 2013 года действует закон «О медиации», министерство юстиции республики содействует активному применению и распространению медиации в различных сферах жизни. В Китае около 90% медицинских споров разрешается посредством медиации¹⁸.

Федеральным законом от 26.07.2019 №197-ФЗ в Федеральный закон «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» были внесены изменения, согласно которым медиативное соглашение, достигнутое сторонами в результате процедуры медиации, проведенной без передачи спора на рассмотрение суда или третейского суда, в случае его нотариального удостоверения имеет силу исполнительного документа. Следовательно, если медиативное соглашение заключено сторонами и удостоверено у нотариуса, но в последствии не исполняется, его можно направить судебным приставам или в банк для принудительного исполнения как обычный исполнительный лист, обращения в суд в таком случае не требуется. Первое медиативное соглашение нотариус удостоверил в 2020 году. Внесение указанных выше изменений в законодательство повысило доверие сторон к медиации. Сегодня многие авторы констатируют, что добровольная исполнимость медиативных соглашений достигает 90%.

Кроме того, как указывает Верховный Суд Российской Федерации, медиация может быть рассмотрена как примирительная процедура, причем досудебный порядок урегулирования спора в виде медиации будет считаться соблюденным, если истец представит документы, подтверждающие использование соответствующей процедуры спорящими сторонами, даже если стороны в процессе переговоров откажутся от продолжения процедуры медиации¹⁹.

15 Vesna Lischetzki Mediation im Gesundheitswesen // URL: <https://www.streitmitkultur.de/praxis-wissen/mediation-im-gesundheitswesen/> (дата обращения: 16.10.2023).

16 საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი // URL: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29962?publication=160> (дата обращения: 16.10.2023).

17 Попов П. П., Скороходько Д. С. Возможность применения медиации в медицине // Педагогика: история, перспективы, 2022. Том 5. №3. С. 89.

18 Wang M., Liu G. G., Zhao H. et al. The role of mediation in solving medical disputes in China. BMC Health Serv. Res. 20, 225 (2020).

19 Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 22.06.2021 №18 «О некоторых вопросах досудебного урегулирования споров, рассматриваемых в порядке гражданского и арбитражного судопроизводства» // Российская газета. 02.07.2021. №144 (8495).

Скомпилировав мнения различных авторов, обобщая все плюсы медиации, можно сделать вывод о преимуществах медиативного разрешения медицинских споров:

- конфликты в суде часто могут быть длительными, особенно в области медицинского права, если решение найдено в ходе медиации, процесс достижения результата существенно ускоряется (процедура медиации не может длиться дольше 60 дней, если дело уже в суде, и 180 дней, если стороны в суд не обращались, практика показывает, что для достижения решения может быть достаточно 2-3-х недель); кроме того, судебное решение по спорам о некачественном оказании медицинских услуг, зачастую, не решает проблему пациента, так как медицинская помощь ему все еще требуется;
- при медиации стороны несут расходы только на оплату труда посредника, что является меньшими затратами по сравнению с привлечением юристов и адвокатов;
- медиация позволяет сторонам контролировать и процесс принятия решения, и его содержательную часть; дискреция

сохраняется в контексте медиации в медицине;

- во время медиации интересы всех участников сопоставляются друг с другом и проясняются — таким образом, у обеих сторон присутствует ясное понимание потребностей другой стороны;
- медиатор подходит к ситуации нейтрально и стремится защитить интересы всех участников при поиске решения;
- медиация заключается в поиске решения, подходящего для обеих сторон, здесь нет победителей и проигравших;
- во время судебных разбирательств происходит утечка большого количества информации — не в последнюю очередь через опубликованные решения и сообщения в средствах массовой информации (особенно, если мы говорим о массовых претензиях или о медицинских спорах медийных личностей, как в примере выше).

Медиация в медицине — важное и перспективное направление. Хочется выразить надежду на то, что оно будет развиваться и поддерживаться на государственном уровне.

Об авторе:

Ковалёва Ирина Александровна — старший преподаватель кафедры «Гражданское и уголовное право» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Сибирский государственный университет путей сообщения», медиатор, член Национальной Ассоциации профессиональных медиаторов «ПАРИТЕТ», Новосибирск, kovalevaia@list.ru

Irina Aleksandrovna Kovaleva — senior lecturer at the Department of Civil and criminal law, Siberian Transport University, mediator, member of the National Association of Professional Mediators «PARITET», Novosibirsk

© Ковалёва И. А., 2024

Для цитирования:

Ковалёва И. А. К вопросу о применении медиации в спорах с медицинскими организациями // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 54-61.

For citation:

Kovaleva I. A. On the issue of the application of mediation in disputes with medical organizations // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 54-61.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 9.11.2023 г.

Колотильщикова Е. В.

НЕТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В ДОБРОВОЛЬНОМ ИНФОРМИРОВАННОМ СОГЛАСИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОКАЗАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В статье поднимается актуальная проблема о возможных ошибках, которые допускают работники медицинских организаций при оформлении информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство. Проведен анализ судебной практики и приведены примеры нетипичных ошибок при оформлении информированного добровольного согласия, на которые указывали суды вынося решения в пользу пациентов, а также обращено внимание на возможные правовые последствия по привлечению к административной ответственности как медицинских учреждений, так и их руководителей. Автором приводится нормативно-правовая база, рекомендуемая клиникам для разработки своих бланков информированного добровольного согласия и отказов пациентов от медицинского вмешательства.

Ключевые слова: врач, пациент, информированное добровольное согласие, ошибки в информированном добровольном согласии, отказ от оказания медицинского вмешательства, решение суда

Elena Kolotilshchikova

NON-TYPICAL ERRORS IN VOLUNTARY INFORMED CONSENT IN RESEARCH AND CLINICAL CARE

In this article the author raises a topical issue of possible mistakes made by medical professionals when drawing up an informed voluntary consent of a patient for medical intervention. The analysis of jurisprudence carried out and examples of atypical mistakes in the voluntary informed consent in research and clinical care, which were pointed out by the courts in favour of patients, are given. The attention is also drawn to the possible legal consequences of bringing to administrative responsibility both medical institutions and their managers. The authors provide the legal framework, which should be followed by clinics in the next six years, when developing their forms of Voluntary informed consent in research and clinical care and Refusals from medical intervention.

Keywords: doctor, patient, informed voluntary consent, errors in informed voluntary consent, refusal to provide medical intervention, court judgement

Конституцией Российской Федерации каждому гражданину нашей страны гарантируются право на здоровье и медицинскую помощь, как одно из основных прав человека. Согласно статье 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь [1].

При этом Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ регламентировано, что государством охраняется не только здоровье человека, но и

жизнь [3]. Таким образом, государство обеспечивает возможность к реализации прав своих граждан на получение достоверной информации:

- о фактах, создающих угрозу жизни и здоровью человека;
- о состоянии здоровья, включая информацию о методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Равно как и то, что каждый гражданин имеет право:

- на оказание медицинской помощи, отвечающей требованиям качества;
- на отказ от медицинского вмешательства.

Законодатель в императивном порядке предусмотрел, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие (ИДС) гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ) [3].

Таким образом, по действующему законодательству не может производиться любое медицинское вмешательство без предварительного получения на это информированного добровольного согласия пациента. Указанное требование обязательно для исполнения как государственными и муниципальными, так и частными медицинскими организациями.

Еще в 2019 году Верховный суд РФ указал, что если в ИДС не указаны характер и объем обследования, лечения, манипуляций, операций и т. д., то такой документ не может быть расценен, как дача информированного добровольного согласия гражданина на медицинское вмешательство и свидетельствует об отсутствии такого согласия (Определение Верховного Суда Российской Федерации от 5 августа 2019 г. №303-ЭС19-11529) [6].

Очевидно, что важным и необходимым предварительным условием для медицинского вмешательства является именно ИДС. Однако зачастую к его получению и оформлению сотрудники учреждений подходят формально.

К числу наиболее частых ошибок, встречающихся при получении ИДС, можно отнести следующие:

- ИДС не прикрепили к амбулаторной карте пациента (это должно происходить до медицинского вмешательства);
- неправильное заполнение полей (документ не подписан пациентом или подписан не законным представителем);
- нет информации о возможных последствиях вакцинации для человека (или она указана некорректно).
- ИДС получено на одно медицинское вмешательство, а осуществлено другое или несколько.

Помимо них также наблюдается ряд нетипичных ошибок, на которые было обращено внимание судов.

Так, судом Центрального района г. Читы частично удовлетворен иск пациента к Медицинскому исследовательскому центру (далее — МИЦ) о компенсации морального вреда [7].

Пациент в обоснование своих требований указала, что до оперативного вмешательства по замене хрусталиков обоих глаз ей не была представлена полная информация об услуге, о возможных осложнениях и последствиях, вследствие чего истец была лишена выбора, делать или нет данную дорогостоящую операцию, а вследствие возникших осложнений была вынуждена обращаться к врачам повторно. Женщина сообщила суду, что ее информирование со стороны медицинской организации было формальным: ей рассказали о первых двух-трех послеоперационных месяцах, о необходимости соблюдения выданных рекомендаций, а о возможности такого осложнения, как вторичная катаракта, не сообщили.

После исследования всех материалов дела суд пришел к выводу, что содержание подписанного женщиной добровольного согласия на лечение не позволяет сделать однозначный вывод, что до проведения операции она получила в полной и доступной форме информацию обо всех возможных осложнениях избранного метода медицинского вмешательства. Следовательно, ответчиком МИЦ не выполнены в полном объеме требования закона о необходимости предоставления пациенту информации о предстоящем лечении. Нарушение прав пациента на получение в доступной форме,

имеющейся в медицинской организации информации о состоянии его здоровья явилось одним из оснований для компенсации морального вреда, в связи с чем суд взыскал в пользу истицы 10 000 рублей в качестве компенсации морального вреда и наложил на ответчика штраф в размере 5 000 рублей.

Решением Судебной коллегии по гражданским делам Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 19 октября 2021 г. признаны соответствующими действующему законодательству и оставлены в силе судебные акты первой и апелляционной инстанций, вынесенные при рассмотрении исковых требований о защите прав потребителя (пациента), взыскании материального ущерба и компенсации морального вреда, причинённых некачественным оказанием медицинской услуги государственным автономным учреждением здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница имени С. В. Беляева» [8].

При рассмотрении материалов дела судом установлено, что пациентке, у которой имелся договор добровольного медицинского страхования, по договору об оказании платных медицинских услуг проведена пластическая операция — «данные изъяты», стоимость которой составила 22 600 рублей. Однако запланированный результат операции в виде облегчения физического состояния и косметического эффекта достигнут не был, несмотря на соблюдение всех рекомендаций врача «данные изъяты».

Несмотря на то, что из заключения судебно-медицинской экспертизы, проведенной по делу, следует, что применённая к пациентке методика «данные изъяты» выбрана правильно, является одноэтапным методом хирургической коррекции, недостатков качества проведенной операции не установлено, судом в пользу пациентки с медицинского учреждения взыскана стоимость проведенной операции в размере 22 600 рублей, компенсация морального вреда в размере 50 000 рублей и наложен штраф в размере 36 300 рублей.

При рассмотрении заявленных требований суды трех инстанций пришли к выводу, что так как «до истца не была доведена

полная и достоверная информация, обеспечивающая возможность выбора методики проведения операции, а также о том, что «данные изъяты», ИДС на оперативное вмешательство, подписанное пациенткой при заключении договора, содержит лишь общие фразы о возможных последствиях любого вида оперативного вмешательства, а записи врача в медицинской карте стационарного больного о том, что пациентка была информирована о возможной «данные изъяты» не являются допустимым доказательством, так как не содержат подписи пациента», то в силу положений Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» непредставление исполнителем полной и достоверной информации об услуге, обеспечивающей возможность ее правильного выбора, в том числе заключения договора, уплаты либо отказа от этого является самостоятельным основанием для возложения ответственности, предусмотренной настоящим Законом, на исполнителя, в том числе полного возмещения убытков [4]

Очень важно, чтобы именно в ИДС была изложена вся значимая для пациента информация, о которой он был информирован врачом, а также присутствовало указание на характер и объем медицинских манипуляций (вмешательств).

В статье 31 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ перечислены основные права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении:

- уважительное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача и лечебно-профилактического учреждения; обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и пр. [3].

При каждом рассмотрении спора по поводу ненадлежащего лечения судом исследуется вопрос о соблюдении вышеперечисленных прав пациента, поскольку все они

являются гарантиями его права на здоровье и каждый раз особое внимание уделяется информированности пациента при даче согласия на медицинское вмешательство. Информация о медицинском вмешательстве обязана носить исчерпывающий характер.

Вставая на сторону пациента суды исходят из предположения об отсутствии у потребителя медицинских услуг специальных познаний об их свойствах, возможностях, противопоказаниях и возможных последствиях, в том числе от несоблюдения предложенного врачом плана лечения. Именно поэтому на сотрудников медицинских учреждений возлагается обязанность своевременно предоставлять пациенту необходимую, полную и достоверную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, обеспечивающую возможность компетентного выбора для пациента и ответственность для медицинского учреждения, если это сделано не было.

Кроме гражданско-правовой ответственности за нарушения при оформлении ИДС медицинское учреждение или руководящее им должностное лицо может быть привлечено к административной ответственности [2].

Так, ООО «Петродент» избежало административного наказания по части 3 статьи 14.1 Кодекса об административных правонарушениях РФ за допущенные нарушения при оформлении ИДС только на том основании, что на момент рассмотрения дела судом истек срок привлечения к административной ответственности [9, 10].

С требованием о привлечении Общества, осуществляющего медицинскую деятельность, к административной ответственности обратился Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Карелия.

В ходе внеплановой документальной проверки общества должностными лицами административного органа установлено, что в представленной медицинской доку-

ментации имелось информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство пациента составленное не по форме утвержденной Минздравом России. В частности, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство или отказ от него, составленном обществом и подписанном пациентом, не были указаны:

- дата рождения и адрес регистрации гражданина, дающего согласие;
- текст «даю информированное добровольное согласие»;
- полное наименование медицинской организации;
- должности, расшифровки фамилий, имен и отчеств медицинских работников;
- сведения о выбранных гражданином лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Закона об основах охраны здоровья граждан могла быть передана информация о состоянии его здоровья.

Аналогичные сведения должны были содержаться в отказе от видов медицинских вмешательств, составляемом отдельным документом, однако в разработанном обществом документе отказ от медицинских вмешательств был включен в единый бланк информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него.

Важно помнить, что Информированное добровольное согласие и Отказ от медицинского вмешательства представляют собой два разных документа, а, следовательно, для их оформления надлежит использовать два разных бланка, которые не могут быть объединены в один; также в них не допустимы какие-либо сокращения и упрощения.

За не оформление или неверное оформление ИДС законодателем предусмотрена ответственность, к которой может быть привлечено медицинское учреждение, вне зависимости от формы собственности, или его руководитель (см. табл.).

С 01 марта 2022 года в Российской Федерации действуют обновленные формы Информированного добровольного согласия

Нарушения при оформлении информированного добровольного согласия и предусмотренные за них санкции

Нарушения	Санкции
Непредоставление сведений, предусмотренных ч. 1 ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ в части объема предоставляемой информации	ст. 5.59 КоАП РФ: · штраф в размере от 5 000 до 10 000 рублей.
Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности: · непредоставление пациенту необходимой информации в полном объеме; · непредоставление пациенту необходимой информации в доступной форме; · несоблюдение формы ИДС; · осуществление медицинского вмешательства без получения ИДС.	ч. 1 ст. 6.32 КоАП РФ: · для главного врача штраф от 5 000 до 10 000 рублей; · для медицинского учреждения — от 40 000 до 100 000 рублей.
Несоответствие формы: · отсутствует текст «даю информированное добровольное согласие»; · отсутствует полное наименование медицинской организации, должности, расшифровки фамилий, имен и отчеств медицинских работников; · отсутствуют сведения о выбранных гражданином лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Закона об основах охраны здоровья граждан могла быть передана информация о состоянии его здоровья.	ч. 3 ст. 14.1 КоАП РФ: · для главного врача штраф от 3 000 до 4 000 рублей; · для медицинского учреждения — от 30 000 до 40 000 рублей.
Непредоставление сведений или недостаток сведений: · нет сведений о медработнике, проводившем манипуляцию; · отсутствует указание медицинских манипуляций (вмешательств), на которые дает согласие пациент; · другие обязательные сведения.	ч. 1 ст. 14.4 КоАП РФ: · для главного врача штраф от 3 000 до 10 000 рублей; · для медицинского учреждения — от 20 000 до 30 000 рублей.
Не указана дата оформления документа. Подписано несовершеннолетним.	ч. 3 ст. 19.20 КоАП РФ: · для главного врача штраф от 20 000 до 30 000 рублей; · для медицинского учреждения — от 150 000 до 250 000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.
Не указаны сведения о лицах, которым можно передавать информацию.	нарушение п. 5 ч. 5 ст. 19, ст. 20 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.
ИДС не в полном объеме отражает информацию о предстоящем лечении и его возможных последствиях	ответственность по Закону РФ от 07. 02. 1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»
ИДС не соответствует утвержденной форме / неполучение информации пациентом в полной и доступной форме	компенсация морального вреда

на медицинское вмешательство и Отказа от медицинского вмешательства, а также порядок дачи согласия пациентом на медицинское вмешательство [5].

Министерством здравоохранения РФ 12 ноября 2021 года издан Приказ №1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в связи с поправками к Закону об охране здоровья, сменивший одноимённый при-

каз Минздрава России от 20.12.2012 №1177н. Согласно новому документу при оформлении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство гражданин или его законный представитель вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в т. ч., после его смерти. В ближайшие шесть лет, при разработке своих бланков ИДС и Отказов от медицинского вмешательства клиникам надлежит руководствоваться именно этим нормативно-правовым актом, ну и конечно, не допускать ошибок, на которые указали суды.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12. 12. 1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/?ysclid=lmymjuvscs684423581 (дата обращения: 10.03.2024).
2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 04.08.2023) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/?ysclid=lmynfic5b63004853 (дата обращения: 10.03.2024).
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=lmymloeeqh737125365 (дата обращения: 10.03.2024).
4. Закон РФ от 07. 02. 1992 №2300-1 (ред. от 04.08.2023) «О защите прав потребителей» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/?ysclid=lmyn68qrh4760387530 (дата обращения: 10.03.2024).
5. Приказ от 12.11.2021 года №1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» (Зарегистрирован 25.11.2021 №65977) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202111250019?ysclid=lmynhnnsw0252741396> (дата обращения: 10.03.2024).
6. Определение Верховного Суда Российской Федерации от 5 августа 2019 г. №303-ЭС19-11529 // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72483744/?ysclid=lmymr513pf823079796> (дата обращения: 10.03.2024).
7. Решение суда Центрального района г. Читы по делу №2-866/2020 // URL: https://centr--cht.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=2&name_op=case&case_id=288269906&case_uid=bbaa2737-2ad5-444e-9e3e-38of12boe6bf&delo_id=1540005 (дата обращения: 10.03.2024).
8. Определение Судебной коллегией по гражданским делам Восьмого кассационного суда общей юрисдикции по делу №8Г-19318/2021 [88-17904/2021] // URL: <https://8kas.sudrf.>

ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=24257900&case_uid=312c1c5c-47b2-4492-9d51-12056bb48c81&new=2800001&delo_id=2800001 (дата обращения: 10.03.2024).

9. Решение Арбитражный суд Республики Карелия 20 ноября 2020 года по делу №А26-8356/2020 // URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/7d160cb6-dado-423e-8b76-014d29aa9827> (дата обращения: 10.03.2024).
10. Постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 17.03.2021 по делу №А26-8356/2020 // URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/7d160cb6-dado-423e-8b76-014d29aa9827> (дата обращения: 10.03.2024).

Об авторе:

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

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

© Колотильщикова Е. В., 2024

Для цитирования:

Колотильщикова Е. В. Нетипичные ошибки в добровольном информированном согласии при проведении исследований и оказании клинической помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 62-68.

For citation:

Kolotilshchikova E. V. Non-typical errors in voluntary informed consent in research and clinical care // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 62-68.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 16.03.2024 г.

Кущенко В. В.

ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ ЭКСТРЕМИЗМ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЗЫСКАНИЯ МОРАЛЬНОГО УЩЕРБА ОТ ДЕФЕКТОВ ИНФОРМИРОВАНИЯ

В связи с обвинительным уклоном правоприменительной практики в сторону виновности медицинских организаций при оказании платных медицинских услуг увеличиваются случаи злоупотребления субъективным правом потребителями этих услуг, связанные с недобросовестными требованиями возмещения морального вреда за мнимые дефекты информирования. В данной статье рассмотрены ограниченная эффективность норм материального права в защите неимущественных интересов добросовестной стороны и возможности активного использования процессуальных норм при судебной защите добросовестной стороны. Даны практические рекомендации для медицинских организаций по укреплению правовой позиции и мер самозащиты на досудебной и судебной стадиях.

Ключевые слова: потребительский экстремизм, пациентский экстремизм, моральный ущерб, деловая репутация, добросовестность, недобросовестное поведение, злоупотребление правом, встречный иск, неосновательное обогащение, активная защита в судебном процессе, усмотрение суда, привлечение третьих лиц, добровольное информированное согласие, компенсация вреда в неденежной форме

Vitalina Kushchenko

CONSUMER EXTREMISM IN THE FIELD OF MEDICAL SERVICES PROCEDURAL ISSUES OF RECOVERY OF MORAL DAMAGE FROM INFORMATION DEFECTS

Due to the accusatory bias of law enforcement practice towards the guilt of medical organizations when providing paid medical services, cases of abuse of the subjective rights by consumers of these services associated with unfair claims for compensation for moral damage for imaginary information defects are increasing. This article examines the limitations of substantive law norms in the protection of non-property interests of bona fide party and the possibility of active use of procedural rules in the judicial protection of a bona fide party. Practical recommendations are given for medical organizations to strengthen their legal position and self-defense measures at the pre-trial and trial stages.

Keywords: consumer extremism, patient extremism, moral damage, business reputation, good faith, unfair behavior, abuse of law, counterclaim, unjustified enrichment, active defense in litigation, court discretion, involvement of third parties, voluntary informed consent, non-monetary compensation for harm

Реальным отражением пороков потребительского общества стал так называемый «потребительский экстремизм» или «пациентский экстремизм» (термин не имеет юридического значения и носит журналист-

ский характер). И если ранее он был распространен в сфере товарного оборота, то сейчас он все шире проникает в сферу медицинских услуг, более «утонченную», но, тем не менее, весьма уязвимую для такого про-

тивоправного поведения граждан-потребителей. Культивируемый в обществе статус приоритета, и, как следствие, повышающаяся грамотность и самооценка потребителей, приводит иногда к поискам последними незаконных способов обогащения за счет услугодателей в здравоохранении. Этому способствует сформировавшаяся доктрина защиты «более слабой стороны» гражданина в судебном процессе и поддерживаемый правоприменением обвинительный уклон в отношении медицинских организаций.

Гражданин-потребитель становится не такой уж «слабой стороной». Ведь иногда при добросовестном соблюдении всех норм медицинской организацией истец-пациент не утруждается доказыванием несоответствий лечения стандартам. И несмотря на подписанное им информированное согласие, он прибегает к такому гениальному в своей простоте подходу — подает в суд иск так называемого «заявительного» характера: «Мне не сказали ... и я пострадал. Подайте ... миллионов морального ущерба!».

Очевидно, что такая постановка не требует ни доказательств ущерба физическому здоровью, ни судебно-медицинской экспертизы.

Не будем останавливаться на «общем месте» необходимости качественных услуг и надлежащего информирования, но попытаемся обратить внимание на увеличивающуюся несбалансированность такого положения. Такой пациенто-ориентированный уклон способен нанести ущерб добросовестному предпринимательству и подорвать доверие к такому ключевому социальному институту как медицина.

Большинство судебных решений выносятся в пользу потребителей. Поведение медицинских организаций учитывает данную направленность и характеризуется понятной осторожностью в защите своих прав, нежеланием развивать конфликт из-за репутационных угроз, склонностью к мировым соглашениям и выплате необоснованных компенсаций. Случаи отказа в исковых требованиях на основании ненадлежащего поведения пациента (нарушения пациентом своих обязанностей — соблюдение режима питания, распорядка приема

лекарств и т. д.) единичны. Привлечение пациентов к ответственности за злоупотребление правом практически отсутствует.

В связи с этим необходимо понимание того, является ли существующая ситуация для добросовестной стороны безысходной и какими могут быть пути противодействия этой форме потребительского экстремизма.

Общие положения гражданского права

Предположим, что обращение к Общим положениям Гражданского Кодекса РФ позволило бы сформулировать объективную правовую позицию в данном вопросе. Причем позицию, продиктованную не столько соображениями защиты положения какой-либо из сторон, сколько понятиями справедливости и баланса интересов.

Вне сомнения, что суды при рассмотрении дел подобной категории, правомерно опираются на положения потребительского законодательства и не вправе выходить за пределы заявленных требований в русле Закона о защите прав потребителей. Однако потребительское законодательство является частью законодательства гражданского и при естественном отсутствии нормативного регулирования по специфической проблеме оценки самого факта и размеров морального вреда, общие принципы гражданского законодательства должны быть использованы как нормы более высокого порядка. И в пространстве споров о моральном вреде именно общие положения гражданского права должны использоваться как нормы прямого действия.

Специальные нормы законодательства применимы и имеют приоритет только в случае, если спор затрагивает описанные в этом законодательстве положения — стандарты медицины, документацию, договорные процедуры, то есть «технологические» вопросы, содержащихся в нормативных актах различного уровня. Но если дело касается такой категории, как «моральный вред», находящейся в сфере субъективного восприятия стороны спора и судейского усмотрения, то в отсутствие опорных норм о моральных страданиях (а их законом сформулировать невозможно) приорите-

том должны пользоваться именно общие положения и принципы.

В первую очередь — это ст. 10 ГК РФ Пределы осуществления гражданских прав¹. В соответствии с ней не допускаются осуществление гражданских прав исключительно с намерением причинить вред другому лицу, действия в обход закона с противоправной целью, а также иное заведомо недобросовестное осуществление гражданских прав (злоупотребление правом). В случае несоблюдения этих требований, суд отказывает лицу в защите принадлежащего ему права.

Злоупотреблением правом со стороны пациента можно признать только такое осуществление своего права, когда пациент действует на основании принадлежащего ему права и когда есть признак заведомой недобросовестности при осуществлении своих прав.

Отметим, что разумность и добросовестность участников правоотношений предполагаются изначально (п. 5 ст. 10 ГК РФ)². Не следует путать это понятие с невиновностью. Ст. 1064 ГК РФ предполагает, что потерпевший представляет доказательства, подтверждающие факт повреждения здоровья, размер причиненного вреда, а также доказательства причинно-следственной связи между ущербом и медицинскими действиями ответчика³. В свою очередь, причинитель вреда должен доказать свою невиновность, то есть имеет место презумпция вины медицинской организации — ответчика. Вина — признак незаконного поведения. Мы же анализируем феномен недобросовестности, который может иметь место и в пределах законности.

Добросовестность — понятие морально-нравственное, в законодательных и

теоретических положениях отсутствует закрепление этого понятия, также, как и основывающееся на нем понятие «злоупотребление правом». Недобросовестным является то, что соответствует закону, но противоречит принципам права и основам морали.

Тем не менее юридическая доктрина и судебная практика выработали общие требования к определению недобросовестности.

Так, в постановлении Пленума ВС №25 от 23.06.2015 «О применении судами некоторых положений раздела 1 части первой Гражданского Кодекса РФ» говорится, что оценивать добросовестность лица следует с помощью соотнесения его поведения с тем, которое ожидается от любого участника гражданского оборота, учитывающего права и интересы другой стороны и содействует ей, в том числе в получении информации⁴.

Напротив, недобросовестность — это поведение, в котором усматривается очевидное отклонение действий от добросовестного поведения.

Признаки недобросовестного поведения

По мнению ученых и экспертов можно выделить некоторые признаки недобросовестного поведения:

1. Осуществление действий (в том числе судебных притязаний) влекущих изменение цели взаимодействия субъектов правоотношений (судебного спора) с правомерной на неправомерную.

То есть недобросовестный субъект осознанно использует свое субъективное право в противоречии с заявляемым правовым притязанием и желаемым правосудным результатом. Например, объявленная цель истца-пациента — получение суммы возмещения морального ущерба для восстановления от психологической травмы, а фактически целью является погашение ипотеки.

1 «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 №51-ФЗ (ред. от 24.07.2023) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения: 18.01.2024).

2 См. «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 №51-ФЗ...

3 «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 26.01.1994 №14-ФЗ (ред. от 24.07.2023) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9027/ (дата обращения: 18.01.2024).

4 Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 23.06.2015 №25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_181602/ (дата обращения: 18.01.2024).

2. Причинная связь между недобросовестным действием (судебным притязанием) и последствиями признания и реализации такого сомнительного субъектного права.

Это может быть скрытое злоупотребление, которое не характеризуется явной противоправностью, но оказывает влияние на формирование предпосылок для вреда в отношении добросовестной стороны. Например, следствием недобросовестных заявлений истца-пациента стал ущерб деловой репутации медицинской организации или доброму профессиональному имени врача.

3. Последствия недобросовестного действия (судебного притязания), которые выражаются в нарушении прав и законных интересов добросовестной стороны исключительно с намерением причинить вред другому лицу (клинике).

Помимо возможных санкций в отношении добросовестных клиники или врача такое действие может противоречить интересам общества и государства в целом. Общественную опасность может нести не только попытка «отомстить» конкретной клинике, но и подрыв доверия к здравоохранению, как социальному институту.

Правопритязания с такими целями и последствиями защите подлежат не должны. Тем не менее в практике потребительских отношений таковые имеют место.

Неэффективность компенсаторных норм гражданского законодательства при защите от недобросовестных неимущественных правопритязаний

Какие же основания противостояния недобросовестному поведению потребителей медицинской услуг при взыскании морального ущерба нам предоставляет гражданское право?

Напомним п. 4 вышеупомянутой статьи 10 ГК РФ⁵: если злоупотребление правом повлекло нарушение права другого лица, такое лицо вправе требовать возмещения причиненных этим убытков. Убытки — это материальные потери.

Иски о компенсации морального вреда являются по своей сути требованиями ма-

териального характера, в силу чего убытки (материальные), имеющиеся в виду в данном пункте, казалось бы, могут подлежать возмещению. Однако на стадии судебного разбирательства потенциальные убытки от возмещения морального вреда для медицинской организации-ответчика еще не наступили, а если решение суда состоится в пользу истца-пациента, то будущая сумма выплаты за моральный вред будет являться законной компенсацией причиненного ущерба, а не убытками организации.

И даже если процессуальные нормы позволяют ответчику перейти к активной самозащите и высказать собственные претензии не только в рамках отзыва на иск, но и предъявить встречный иск о злоупотреблении истцом-пациентом своим правом, то только в том случае, если для этого есть основания. Основаниями должны служить какие-либо материальные затраты или издержки, понесенные медицинской организацией-ответчиком в связи с поданным истцом-пациентом иском о возмещении морального вреда. Какие это могут затраты — представить трудно.

Встречным иском первоначальный ответчик предъявляет первоначальному истцу самостоятельное материально-правовое требование. Повторимся, что материальные нормы гражданского права указывают на безусловную необходимость обоснования иска какими-либо конкретными оуществленными потерями и убытками организации. В отсутствие оных заявленная просьба в рамках отзыва будет судом расценена судом как неосновательная, а встречный иск отклонен.

В рамках перехода тактики медицинской организации-ответчика от самозащиты к активной позиции логичным может показаться вчинение встречного иска о возмещении ущерба деловой репутации организации, нанесенного предъявлением иска пациентом. То есть предпринять попытку противопоставить малооуществленный моральный ущерб личности пациента столь же слабоопределяемой категории деловой репутации организации.

Однако такая попытка не имеет перспектив. Прежде всего по причине процес-

⁵ См. «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 №51-ФЗ...

суальной подведомственности. Даже если какой-либо ущерб деловой репутации и имеет место, то в силу разграничения компетенции различных судов, данная категория спора о защите деловой репутации, как связанная с предпринимательством или иной экономической деятельностью, относится к ведению арбитражного суда (исключением здесь может быть категория дел, где стороной спора выступают некоммерческие организации). В анализируемых же нами случаях речь идет о спорах по защите прав потребителей, подлежащих судам общей юрисдикции.

В этой же логике находится так называемый кондиционный иск о неосновательном обогащении (ст. 1102 ГК РФ)⁶. Неосновательное обогащение — это установленное судом лишенное достаточных оснований (малообоснованное) увеличение имущества и/или доходов физического, или юридического лица, произошедшее в результате действий (или бездействия) его или третьих лиц. Здесь всегда речь идет об присвоении реальных имущества и доходов, а отнюдь не о компенсации вреда. Такое требование принципиально отличается от иска о возмещении убытков и носит обязательный досудебный претензионный порядок, что тоже препятствует его применению в уже открытом судебном процессе.

Таким образом приходится констатировать, что общие положения гражданского законодательства, которое в отличие от уголовного, имеет своей главной функцией компенсаторную, а не карательную функцию, дает мало оснований для борьбы с пациентским экстремизмом в части недобросовестных претензий к возмещению морального вреда. Такой вывод вполне соотносится с устоявшейся в доктрине гражданского права позицией о том, что такая категория пределов осуществления гражданских прав, как «злоупотребление правом», малоэффективна при защите от недобросовестных неимущественных правопритязаний.

Автор воздержался бы от предложений по совершенствованию гражданского законо-

дательства в этом направлении, дополнения корпуса статей Гражданского кодекса какими-либо уточняющими нормами о возможности возмещения не только убытков (материальных), но и неимущественного ущерба в случаях недобросовестного поведения. Сформулировать все жизненные проявления корыстных человеческих злоупотреблений нормами гражданского права невозможно. Поможет разве что понятие греха в менталитете потребителя. А это уже в плоскости норм социальных, а не правовых.

Добровольное информированное согласие

Неизбывной болью правоотношений между врачом и пациентом является доступное информирование пациента и способность понимания последним специальных аспектов лечения, доносимых до него врачом языком медицинских терминов. Неопределенность тут присутствует всегда.

Суд закономерно не входит в рассмотрение столь специфических материй и старается опираться на положения, конкретно сформулированные в нормативном поле.

Так, например, существуют Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением правительства РФ от 11.05.2023 №736⁷. Пункт 7 этих Правил обязывает медицинские организации при заключении договора предоставлять пациенту в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных и территориальных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Незнание пациентом своего права на получение бесплатной медицинской помощи суды обычно относят к существенным

7 Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_447009/ (дата обращения: 18.01.2024).

6 См. «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 26.01.1994, №14-ФЗ...

дефектам информирования. То есть, ненадлежащим или неполным информированием судом может быть вменено не умолчание врача о том или ином возможном способе лечения, о той или иной имеющейся в стране сторонней организации, осуществляющей альтернативные способы лечения, а умолчание врача относительно возможности лечения по программам ОМС в иной организации в данном регионе.

Не случайно первостепенной нормой приказов Минздрава является положение о том, что перед каждым медицинским вмешательством у пациента необходимо брать новое ИДС, включающее в числе прочего информирование о наличии бесплатных возможностей лечения. Вспомним, что даже опрос и осмотр относится к категории медицинского вмешательства.

Процессуальные способы противодействия недобросовестности

Надлежащее поведение медицинской организации (соблюдение стандартов информирования, диагностики и лечения, оформления типовой документации и пр.) в силу своей очевидности не обсуждается и служит лишь подготовке к возможной тяжбе для выстраивания линии защиты в суде. В известном всему врачебному сообществу каламбуре «историю болезни врач пишет не для себя, а для адвоката» — доля шутки невелика.

Как правило (в отсутствие обязательности досудебного разбирательства по искам о защите прав потребителей) судебной стадией разбирательства споров из потребительских является рассмотрение иска от истца-пациента к медицинской организации-ответчику в суде первой инстанции. То есть ответчик-организация находится в положении защиты и обязанность доказательств своей невиновности возложена на неё. В этом числе состоит и обязанность доказывания неправоты претензий истца. Это может быть весьма затруднительно, особенно если приходится, например, опровергать причинную связь между дефектами информирования и моральными страданиями истца-пациента.

Однако безысходности в противостоянии потребителю экстремизму нет.

1. Прежде всего в силу того, что обязанность компенсации морального вреда может быть возложена судом на причинителя вреда только при наличии всех предусмотренных законом оснований и условий применения данной меры гражданско-правовой ответственности, а именно:

- наличие физических и нравственных страданий;
- неправомерность действий (бездействия) причинителя вреда;
- причинно-следственная связь между поведением причинителя вреда и нанесением его потерпевшему;
- вина причинителя вреда.

Вред, причиненный правомерными действиями, возмещению не подлежит. (Постановление Пленума ВС от 15.11.2022 №33)⁸.

Все вышеперечисленные условия в первую очередь должны стать основными предметом активной защитной аргументации медицинской организации в суде.

2. Дополнительным защитным элементом в судебном процессе может стать сбалансированное субъективное усмотрение судьи. Отказ в судебной защите — это главная мера, применимая к лицу, злоупотребляющему своим правом.

Отметим ключевой по важности момент в подобных разбирательствах, сформулированный вышеупомянутым Пленумом ВС №25⁹ тезис о самостоятельном усмотрении суда: поведение одной из сторон может быть признано недобросовестным не только при наличии обоснованного заявления другой стороны, но и по инициативе суда. В этом случае суд при рассмотрении дела выносит на обсуждение обстоятельства, явно свидетельствующие о таком недобросовестном поведении, даже если стороны

8 Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 №33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_431485/ (дата обращения: 18.01.2024).

9 См. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 23.06.2015 №25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации»...

на них не ссылались. Последствия недобросовестного поведения суд может учесть и отказать в защите права злоупотребившего, принять иные меры в интересах добросовестной стороны, признать недобросовестные заявления не имеющими правового значения.

Таким образом медицинской организации-ответчику необходимо опираться на вышеприведенное положение Пленума ВС №25 и активно заявлять ходатайства о злоупотреблении правом противной стороной в ходе процесса. Суд обязан их учесть.

3. Другим элементом защиты добросовестных интересов медицинской организации в судебном процессе может стать привлечение третьих лиц. Процессуальные нормы не препятствуют привлекать к участию в деле лечащего врача, в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных исковых требований. Ведь именно его действия рассматриваются как некачественные или причинившие вред. Кроме того, в результате рассмотрения иска к медицинской организации он может понести трудовые и материальные последствия.

Безусловно, вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ (ч. 2 и 3 ст. 98 Закона об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации)¹⁰. Однако медработники также несут свою долю ответственности за причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании медицинской помощи. Кроме того, участие лечащего врача тактически помогает формировать доказательную базу.

Даже если адвокат прекрасно разобрался, к примеру, в особенностях видов дисплазий шейки матки, суд вряд ли будет всерьез слушать его умозаключения, а вот врача, который способен доступно объяснить, почему в конкретном случае была выбрана именно такая тактика лечения, судья заслушает в порядке дачи объяснений охотно.

¹⁰ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 18.01.2024).

4. Основным источником информации и доводов для суда — это медицинская документация. Заметим, что документация позволяет оценить не состояние человека, а лишь его отражение в медицинских документах. Тем не менее результаты разбирательства во многом зависят от того, насколько объективно медработники зафиксировали информацию.

Предполагается, что при формировании доказательной базы используются: медицинская карта пациента, план лечения, информированное добровольное согласие, акт врачебной комиссии по итогам претензии, договор на оказание платных услуг, документы внутреннего контроля качества, акты и материалы проверок надзорных органов, материалы служебных проверок. Предполагается, что в карте помимо прочего отражаются неявки на рекомендованный повторный прием, клинические признаки нарушения режима питания или приема лекарств.

Если каких-нибудь документов недостаточно (например, протокола заседания внеплановой врачебной комиссии в рамках внутреннего контроля качества после получения претензии (возможно даже устной) или акта проверки качества (пусть даже не внешней — надзорной, таковой может и не случиться, а служебной — внутренней)), то для улучшения граней доказательной судебной базы такие мероприятия следует провести и документально их оформить.

5. Особенно важно в случаях повышенного риска информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. По общему правилу медицинские организации полагаются на типовое, подписываемое пациентом при первом обращении в общем порядке в форме стандартного формуляра.

В особых случаях неопределенности и риска было бы целесообразным использовать не типовое, рекомендованное приказами Минздрава РФ, а индивидуально сформулированное дополнительное согласие, касающееся той или иной конкретной стадии лечения или процедуры. При этом желательно сформулировать не только воз-

возможные индивидуальные риски, но также информацию о возможностях бесплатной медицинской помощи. В случае отказа пациента от подписания такого дополнительного персонального согласия, делать отметку в медицинской карте «проинформирован (ознакомлен), но от подписи отказался».

Как вариант, можно разработать ознакомительный листок свободной формы в качестве дополнения к основному ИДС и предлагать его первый экземпляр рискованным пациентам.

Применение медицинской организацией таких внутренних локальных нормативных актов полностью находится в правовом поле. На каждый конкретный вид медицинского вмешательства, как предусмотренного, так и не предусмотренного приказами Минздрава РФ, медицинская организация не только вправе, но и обязана самостоятельно разработать свою форму информированных добровольных согласий.

Приведение подобного аргумента (как в случае подписания, так и в случае отказа от оно), при разбирательстве позволит проиллюстрировать суду степень осознанности пациента при принятии решения о направлении иска и поставить под сомнение обоснованность возможных последующих его претензий на возмещение морального ущерба по причине недостаточной информированности.

6. Следует упомянуть также добровольное участие медицинской организации в независимой оценке качества оказания услуг, если таковые в регионе проводятся по программе государственных гарантий. Положительные заключения по таким оценкам можно среди прочего использовать в качестве защитных доводов суде.

7. Существует возможность возмещения убытков, связанных с участием в рассмотрении необоснованного иска и с требованием компенсации за фактическую потерю времени (ст. 99 ГПК РФ)¹¹. Такой вид иска встречным не является и может быть подан в течение трех месяцев после

вступления в силу судебного решения по основному делу (ст. 94, 103.1 ГПК РФ)¹². По ст. 94 ГПК РФ, этот вид расходов относится к судебным издержкам и, в силу ограниченности таковых, не предполагает крупных сумм взыскания. Тем не менее наряду с возможными перспективами взыскания иных судебных издержек с недобросовестного истца, угроза такого иска способна снизить мотивацию недобросовестного потребителя на начальном этапе. Кстати и суд может самостоятельно взыскать со стороны, заявившей неосновательный иск, компенсацию за фактическую потерю времени в пользу добросовестной стороны.

И в заключение

8. Если суд склоняется в сторону наличия причиненного морального вреда и решения о его компенсации, то компенсировать вред можно как в денежной, так и в натуральной форме (Постановление Пленума Верховного суда Российской Федерации от 15.11.2022 №33)¹³. Например, вместо денежной компенсации можно оказать пострадавшему профильные заболевания медицинские услуги на протяжении какого-либо периода времени или в пределах суммы взыскания. Поскольку компенсация вреда в неденежной форме происходит на основании решения суда, то заявлять ходатайство об этом ответчик может в процессе судебного разбирательства или на стадии исполнения судебного акта.

9. Кроме вышеприведенного, полноты ради, медицинским организациям можно предложить к рассмотрению такой непроцессуальный способ защиты как страхование гражданской ответственности. При этом следует иметь в виду, что страхование может стать менее затратным, если застраховать ответственность не всего персонала, а единичного отделения или даже отдельных врачей на определенный ограниченный срок по необходимости в случае вмешательств, сопровождаемых особым

11 «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации» от 14.11.2002 №138-ФЗ (ред. от 25.12.2023) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_39570/ (дата обращения: 18.01.2024).

12 См. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации» от 14.11.2002 №138-ФЗ...

13 См. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 №33...

риском. Страхование законодательство вполне позволяет это делать.

В заключение напомним известную сентенцию, принадлежащую древнеримско-

му юристу Цельсу, о том, что право — это искусство добра и справедливости, и добавим, что на добро нужно отвечать добром, а на зло — справедливостью.

Об авторе:

Кущенко Виталина Викторовна — независимый исследователь, кандидат юридических наук, доцент, Москва, vita1962@mail.ru

Vitalina Viktorovna Kushchenko — independent researcher, Candidate of Law, Associate Professor, Moscow

© Кущенко В. В., 2024

Для цитирования:

Кущенко В. В. Потребительский экстремизм в сфере медицинских услуг. Процессуальные вопросы взыскания морального ущерба от дефектов информирования // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 69-77.

For citation:

Kushchenko V. V. Consumer extremism in the field of medical services. Procedural issues of recovery of moral damage from information defects // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 69-77.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 20.01.2024 г.

Павлова Ю. В.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность рассмотрения проблем лекарственного обеспечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями обусловлена тем фактом, что данные заболевания являются одной из причин смертности и инвалидизации.

В этой связи особенно важным представляется преодоление организационно-правовых проблем в субъектах РФ по маршрутизации, преемственности лечения и непрерывности лекарственного обеспечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе согласно действующему законодательству.

В представленной статье проведен анализ объема медицинской помощи и лекарственной терапии больным данного профиля. Освещен правовой статус клинических рекомендаций и юридическая ответственность за их неисполнение на основе правоприменительной практики. Подробно освещены возможности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для получения лекарственной терапии на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, преемственность лекарственной терапии, сердечно-сосудистые заболевания, клинические рекомендации, маршрутизация пациента, федеральная программа, льготное лекарственное обеспечение, юридическая ответственность

Julia Pavlova

LEGAL ASPECTS OF DRUG PROVISION FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

The relevance of the consideration of the problems of drug provision of patients with cardiovascular diseases is due to the fact that these diseases are one of the causes of mortality and disability.

In this regard, it is especially important to overcome organizational and legal problems in the constituent entities of the Russian Federation on routing, continuity of treatment and continuity of drug support for patients with cardiovascular diseases at the outpatient stage in accordance with the current legislation.

The presented article analyzes the volume of medical care and drug therapy for patients of this profile. The legal status of clinical recommendations and legal liability for their non-fulfillment based on law enforcement practice are highlighted. The capabilities of patients with cardiovascular diseases are highlighted in detail to obtain drug therapy at the outpatient stage.

Keywords: drug support, continuity of drug therapy, cardiovascular diseases, clinical recommendations, patient routing, federal program, preferential drug security, legal liability

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться лидирующей причиной смерти в России на протяжении последнего десятилетия.

Последовательная государственная политика, направленная на лекарственное обеспечение больных с сердечно-сосуди-

стыми заболеваниями направлена на решение данной проблемы.

Вместе с тем, анализ правоприменительной практики позволяет выявить организационные и правовые проблемы при оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- Нарушение преемственности лекарственного обеспечения и маршрутизации пациента.
- Отказ в выдаче рецепта на лекарственные препараты пациентам, имеющими право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами.
- Ненадлежащее исполнение должностными лицами органов управления здравоохранением субъектов РФ своих обязанностей по организации обеспечения лекарственными средствами льготной категории граждан.
- Ненадлежащее формирование потребности на лекарственные препараты в рамках Федеральной программы, как следствие, приобретение невостребованных медикаментов, а также несвоевременное принятие мер к реализации препаратов с истекающим сроком годности.
- Замена лекарственных препаратов из-за отсутствия лекарственных препаратов, которые должны быть закуплены по 31 МНН.

В связи с этим, особенно важным представляется соблюдение действующего законодательства, регулирующего порядок лекарственного обеспечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Объем медицинской помощи и лекарственной терапии в рамках программы государственных гарантий

В настоящее время обязательным условием оказания медицинской помощи, включая лекарственную терапию является соблюдение порядка, клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи.

Более того, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи являются не только критерием качества и безопасности медицинской деятельности, но и определяют объем медицинской помощи, который пациент может получить в рамках федеральной и территориальной Программы государственных гарантий.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» опре-

деляет правовой статус клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи следующими правовыми нормами¹:

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением порядков оказания медицинской помощи, **клинических рекомендаций** и стандартов медицинской помощи

Статья 37. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь организуется и оказывается **на основе клинических рекомендаций** с учетом стандартов медицинской помощи

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

Медицинская организация обязана обеспечивать оказание медицинскими работниками медицинской помощи **на основе клинических рекомендаций**.

Согласно статьям 80 и 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ не подлежат оплате за счет личных средств граждан медицинские услуги и лекарственные препараты **на основе клинических рекомендаций** и с учетом стандартов медицинской помощи.

Постановлением Правительства России от 28.12.2023 №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»³ также закреплено, что программа формируется с учетом порядков, стандар-

1 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета» от 23 ноября 2011 г. №263.

2 Там же

3 Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2023 г. №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации, 1 января 2024 г. №1 (часть II) ст. 231.

тов оказания медицинской помощи, разработанных **в том числе на основе клинических рекомендаций**.

В настоящее время, Федеральным законом от 25 декабря 2023 года №625-ФЗ переход всех медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций отложен до 01.01.2025 г.⁴

Вместе с тем, для наступления ответственности сроки поэтапного перехода на клинические рекомендации не имеют юридического значения, так как именно выполнение клинических рекомендаций является объектом экспертных мероприятий при проведении оценки качества медицинской помощи как в рамках контрольно-надзорных мероприятий, так и при назначении судебно-медицинской экспертизы по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и **клинических рекомендаций** и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти⁵.

Действующий Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»⁶ определяет:

«Критерии качества в амбулаторных условиях:

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза,

осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, **предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;**

и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения **на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;**

Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, **предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций**».

Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, устанавливает Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), среди которых⁷:

«Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.»

7 П. 3.1 раздел 3 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» // URL: <https://base.garant.ru/400761901/> (дата обращения: 17.05.2024).

4 Федеральный закон от 25 декабря 2023 г. №625-ФЗ «О внесении изменений в статью 98 Федерального закона "О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации" и отдельные законодательные акты Российской Федерации» // URL: <https://rg.ru/documents/2023/12/29/document-kontrol.html> (дата обращения: 17.05.2024).

5 См. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ...

6 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // URL: <https://base.garant.ru/71675880/> (дата обращения: 17.05.2024).

Правила обязательного медицинского страхования также уточняют соответствующие коэффициенты для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации и для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества за невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, **на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи**⁸.

Таким образом, проведенный анализ применимых нормативно-правовых актов определяет необходимость и обязательность оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и стандартов лечения.

Судебная практика в части применения клинических рекомендаций

Верховный Суд Российской Федерации также отразил в своем решении необходимость исполнения клинических рекомендаций как обязательного условия надлежащего оказания медицинской помощи:

Постановление Пленума Верховного Суда от 15 ноября 2022 г. №33⁹ (выдержка):

Пленум Верховного Суда Российской Федерации принял постановление, в котором пояснил судам, что необходимо учитывать при применении норм о компенсации морального вреда. Часть приведенных в нем разъяснений посвящена вопросам, связанным с компенсацией морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи.

Так, в постановлении отмечается, что разрешая подобные требования, суду надлежит, в частности, установить соответ-

ствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным **порядкам оказания медпомощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения)**.

Определение судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 21 августа 2023 г. №16-КГ23-23-К4¹⁰:

Верховный Суд РФ: **клинические рекомендации, даже выпущенные ранее 2021 года, обязательны к применению.**

Верховный Суд РФ вернул дело на пересмотр в связи с существенным нарушением норм материального и процессуального права:

Суд первой инстанции привёл в решении вывод из заключения судебно-медицинской экспертизы областного бюро судебно-медицинской экспертизы о том, что Клинические рекомендации ... носят рекомендательный (не обязательный к исполнению в 100% случаев) характер и с ним согласился суд апелляционной инстанции. Между тем судебные инстанции оставили без внимания, что эти клинические рекомендации в силу части 2 статьи 64 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» являются одной из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи, в связи с чем **утверждение о необязательности указанных клинических рекомендаций противоречит закону.**

Заключение судебно-медицинской экспертизы, на которое сослались суды, необходимо было оценить с учётом положений статей 37, 64 Закона об основах охраны здоровья граждан об экспертизе качества медпомощи и критериях её оценки, **в том числе на основе Клинических рекомендаций (критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций)**.

8 Приложение №5 Приказа Минздрава России от 28.02.2019г. №108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» // URL: <https://base.garant.ru/72243038/> (дата обращения: 17.05.2024).

9 Постановление Пленума Верховного Суда от 15 ноября 2022 г. №33 // <https://rg.ru/documents/2022/11/25/document-plenum-verkhovnogo-suda.html> (дата обращения: 17.05.2024).

10 Определение судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 21 августа 2023 г. №16-КГ23-23-К4 // https://vsrf.ru/lk/practice/stor_pdf/2324352 (дата обращения: 17.05.2024).

Отказывая в удовлетворении иска, суды не применили к спорным отношениям нормы материального права, регулирующие отношения в сфере охраны здоровья, включая государственные гарантии обеспечения качества оказания медпомощи.

Таким образом, вышеприведенный анализ законодательства и правоприменительной практики, позволяет сделать объективный вывод об обязательности выполнения клинических рекомендаций, что должны учитывать субъекты РФ при принятии территориальной программы государственных гарантий и формировании тарифного соглашения к программе.

В связи с этим, больные сердечно-сосудистыми заболеваниями при нахождении в стационаре должны получать медицинскую помощь, включая лекарственную терапию в объеме, не меньшем, чем это предусмотрено клиническими рекомендациями.

Лекарственное обеспечение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе

Нормативно-правовое регулирование мер социальной поддержки по лекарственному обеспечению льготных категорий граждан осуществляется на федеральном уровне для «федеральных льготников» и на региональном уровне для «региональных льготников».

Федеральные льготники:

Граждане, которые имеют право на получение лекарственных препаратов на амбулаторном этапе бесплатно в соответствии со стандартами медицинской помощи в объеме не менее, чем это предусмотрено перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов за счет средств федерального бюджета (**федеральные льготники**) определены Федеральным законом от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи». В частности, к данной категории граждан относятся инвалиды и дети-инвалиды (ст. 6.1)¹¹.

¹¹ Федеральный закон от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» // Российская газета» от 23 июля 1999 г. №142.

Таким образом, больные сердечно-сосудистыми заболеваниями, получившие в установленном порядке группу инвалидности, отнесены к федеральным льготникам и обладают правом на получение лекарственных препаратов за счет средств федерального бюджета.

Региональные льготники:

Перечень заболеваний и категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств регионального бюджета (**региональные льготники**), должны быть определены в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Требования к территориальной программе государственных гарантий закреплены Постановлением Правительства России от 28.12.2023 №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»¹², в соответствии с которым территориальная программа должна определять порядок и перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению при амбулаторном лечении бесплатно или с 50-процентной скидкой, сформированный в объеме не менее объема установленного перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения¹³.

Перечень групп населения и категории заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются бесплатно или с 50-процентной скидкой должны быть определены в территориальной программе в соответствии с Поста-

¹² См. Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2023 г. №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»...

¹³ Распоряжение Правительства РФ от 12 октября 2019 г. №2406-р (с изменениями и дополнениями утв. Распоряжением Правительства РФ от 9 июня 2023 г. №1508-р // <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201910150005> (дата обращения: 17.05.2024).

новлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890¹⁴.

Это так называемые «региональные льготники», которые обеспечиваются лекарственными препаратами согласно указанному документу за счет средств бюджета субъекта РФ.

Согласно указанному Постановлению Правительства правом на получение лекарственных препаратов бесплатно на амбулаторном этапе имеют больные: **инфарктом миокарда (первые шесть месяцев) — лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания и с состоянием после операции по протезированию клапанов сердца – антикоагулянты.**

Субъект Российской Федерации может расширять перечень групп населения и категории заболеваний, имеющих право на бесплатное получение лекарственных средств за счет средств регионального бюджета. Более того, Постановлением Правительства РФ №890 рекомендовано вводить дополнительные льготы на получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения для групп населения, не указанных в настоящем постановлении, в том числе ветеранам войны и труда, многодетным и малоимущим семьям, а также беременным женщинам и безработным.

Важно отметить, что даже в случае отказа больного, например, с учетом инвалидности, от получения набора социальных услуг в пользу денежных выплат, он не теряет право на льготное лекарственное обеспечение, поскольку инвалиды обеспечиваются лекарственными средствами по двум основаниям: в рамках набора социальных услуг в соответствии с Законом о государственной социальной помощи и в силу Постановления № 890 от 30 июля 1994г, закрепившего Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых

¹⁴ Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» // Собрание законодательства Российской Федерации от 8 августа 1994 г., №15, ст. 1791.

лекарственные средства и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно.

Решение Правобережного районного суда г. Липецка Липецкой области от 12 апреля 2023 г. по делу №2-370/2023

- Как было установлено апелляционным определением судебной коллегии по гражданским делам Липецкого областного суда Н. Ю. был установлен диагноз ...
- Врачом выписан рецепт на приобретение за счет собственных средств пациента лекарственного препарата с действующим веществом...
- Истец с сентября 2017 года страдает заболеванием..., для лечения которого ей назначен лекарственный препарат..., следовательно, согласно действующему законодательству имеет право на его бесплатное получение, поскольку данное заболевание относится к заболеваниям, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно.
- Истец также является инвалидом III группы.
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 года №890 утвержден Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, относящий лиц с заболеванием к самостоятельной группе населения, которой по медицинским показаниям по рецептам врача при амбулаторном лечении предоставляются бесплатно лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания.
- Исходя из приведенных нормативных положений отказ лица, признанного инвалидом, и имеющего заболевание....., от получения государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, предусмотренных частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17.07.1999

года №178-ФЗ, не влияет на реализацию им права на получение бесплатно лекарственного препарата, относящегося к жизненно необходимым лекарствам, гарантированного Федеральным законом об основах охраны здоровья граждан и принятыми во исполнение его требований иными подзаконными актами.

- С учетом изложенного, суд приходит к выводу, что истец, в связи с имеющимся у нее заболеванием, имеет право на получение лекарственных препаратов для лечения данного заболевания за счет средств федерального и областного бюджета.
- Истец, отказавшаяся как инвалид от получения набора социальных услуг в пользу денежных выплат, не теряет право на льготное лекарственное обеспечение, поскольку инвалиды обеспечиваются лекарственными средствами по двум основаниям: в рамках набора социальных услуг в соответствии с Законом о государственной социальной помощи и в силу Постановления №890 от 30.07.1994 года, закрепившего Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно.
- Отсутствие обеспечения препаратом, нарушает ее права на охрану здоровья и может повлечь развитие тяжелых жизнеугрожающих осложнений, создает реальную угрозу жизни и здоровью.
- С учетом вышеизложенного, требования истца к Управлению здравоохранения Липецкой области о взыскания расходов на приобретение лекарственного препарата подлежат удовлетворению.

Лекарственное обеспечение в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. №1640 «Об утверждении государственной программы Российской

Федерации «Развитие здравоохранения»¹⁵ предусмотрено предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении.

Правила предоставления субсидий определены Приложением №8 к государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» с изменениями от 30 ноября 2024 года¹⁶:

- Правила направлены на обеспечение достижение показателей и результатов федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение»
- Правила устанавливают условия и порядок предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации региональных проектов по обеспечению в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли:
 - острое нарушение мозгового кровообращения;
 - инфаркт миокарда;
 - страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка;

15 Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // URL: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения: 17.05.2024).

16 Приложение 8 изменено с 1 января 2024 г. — Постановление Правительства России от 30 ноября 2023 г. №2030 // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202312010078> (дата обращения: 17.05.2024).

- а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.
- Субсидии предоставляются в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при обеспечении в амбулаторных условиях лекарственными препаратами в соответствии с перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации¹⁷:
 - а) лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний — в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства;
 - б) лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$.

¹⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2024 г. №37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202403130002> (дата обращения: 17.05.2024).

Необходимо отметить, что Минздрав РФ дополнил перечень заболеваний и состояний, при наличии которых те пациенты (кроме инвалидов), которые находятся под диспансерным наблюдением, обеспечиваются лекарственными препаратами в течение 2 лет с даты постановки диагноза / выполнения хирургического вмешательства. В новый перечень дополнительно вошли пациенты:

- страдающие ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий,
- страдающие ХСН со значением фракции выброса левого желудочка $< 40\%$ (подтвержденным на ЭхоКГ в течение предшествующих 12 месяцев).
- Субсидии не предоставляются в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при обеспечении в амбулаторных условиях лекарственными препаратами имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» (федеральных льготников).
- При достижении значений результатов использования субсидии, установленных соглашением о предоставлении субсидии, заключенным между Министерством здравоохранения Российской Федерации и высшим исполнительным органом субъекта Российской Федерации, лекарственные препараты, остатки которых сложились на 1 января очередного календарного года со сроком годности, истекающим в I квартале года, следующего за очередным календарным годом, могут быть использованы для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации (региональных льготников), а также лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответ-

ствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» (федеральных льготников) с последующим возмещением субъектом Российской Федерации таких лекарственных препаратов (эквивалентных лекарственных форм, дозировок, фасовок), но со сроком годности, истекающим не ранее чем во втором полугодии года, следующего за очередным календарным годом, посредством возврата в организацию, от которой были получены лекарственные препараты, в течение I квартала года, следующего за очередным календарным годом.

В целях эффективного назначения лекарственных препаратов в рамках Федерального проекта могут быть применены также разъясняющие нормативно-правовые акты.

В частности, Методические рекомендации по назначению ряда лекарственных

препаратов (ацетазоламид, валсартан+сакубитрил, дапаглифлозин...) пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (согласованные главным внештатным специалистом кардиологом Минздрава России академиками РАН С. А. Бойцовым и Е. В. Шляхто) содержат разъяснения по особенностям применения лекарственных препаратов.

В таблице представлены показания к применению лекарственных препаратов для медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности (больные сахарным диабетом 2 типа с ХСН имеют право на назначения препарата Дапаглифлозин при указанных условиях).

Показания к применению лекарственных препаратов для медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности

Название препарата (МНН)	Клинические рекомендации	Рекомендации по использованию согласно клиническим рекомендациям	Дополнительные показания (согласно инструкции по применению)
Дапаглифлозин	КР 156 «Хроническая сердечная недостаточность»	ХСНнФВ с сохраняющимися симптомами сердечной недостаточности, несмотря на терапию иАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил, бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона. ЕОК IV (УУР А, УДД 2) ХСН с низкой ФВ в сочетании с СД 2 типа. ЕОК IA (УУР В, УДД 1)	Сахарный диабет 2 типа Хроническая болезнь почек с риском ее прогрессирования
	КР 290 «Сахарный диабет 2 типа у взрослых»	СД 2 типа и ХБП (УУР А, УДД2) СД 2 типа с сердечно-сосудистыми факторами риска (УУР А, УДД 2) СД 2 типа с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями (УУР А, УДД 1)	

Таким образом, Федеральная программа имеет основополагающее значение для бесплатного обеспечения лекарственными препаратами на амбулаторном этапе больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Следует также отметить, что полномочия по организации обеспечения необходимыми лекарственными препаратами в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» переданы субъектам Российской Федерации.

Следовательно, именно на субъектах РФ лежит обязанность по эффективному использованию средств федерального и регионального бюджета, формированию регистров больных, принятию региональных нормативных актов по особенностям маршрутизации, по недопущению негативных факторов, связанных с формированием заявки на приобретение лекарственных препаратов без качественного и количественного определения их потребности, что приводит к завышению объема закупки лекарств, ненадлежащего контроля их движения и учета.

Более того, невыполнение органами управления здравоохранением субъекта РФ возложенных на него обязанностей по обеспечению бесплатно необходимыми лекарственными препаратами больных сердечно-сосудистыми заболеваниями является существенным нарушением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь и основанием для наступления юридической ответственности в установленном законодательстве порядке:

Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Республики Башкортостан от 01 февраля 2024 г. по делу №33-2142/2024¹⁸

Обстоятельства дела:

Прокурор обратился в интересах пациента к Министерству здравоохра-

¹⁸ Апелляционное определение СК по гражданским делам Верховного Суда Республики Башкортостан от 01 февраля 2024 г. по делу №33-2142/2024 // URL: https://vs--bkr.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=51156142&case_uid=1c5766e3-cb73-4409-9960-edc978c2d68d&delo_id=5&new=5 (дата обращения: 17.05.2024).

нения, Государственному бюджетному учреждению здравоохранения с иском, в котором просит возложить обязанность: на ГБУЗ своевременно выдавать рецепты на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с медицинскими показаниями; на Министерство здравоохранения обязанность по бесплатному, своевременному и бесперебойному обеспечению лекарственными препаратами».

Требования мотивированы тем, что в ГБУЗ состоит на учете ФИО1 с диагнозами: «Ишемическая болезнь сердца», «Стенокардия напряженная», «Сахарный диабет». Согласно рекомендациям врачей ГБУЗ пациенту необходим прием лекарственных препаратов...

Когда у пациента закончились ранее выписанные лекарственные препараты ГБУЗ рецепты на получение указанных препаратов не выписывались.

В связи с необеспечением лекарственным препаратом пациент вынужденно приобрел указанный лекарственный препарат за счет собственных средств. Необеспечение и несвоевременное обеспечение необходимыми лекарственными препаратами нарушает его конституционные права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также представляет реальную угрозу его жизни и здоровью.

При таких обстоятельствах, поскольку в период, когда у истца закончились ранее выписанные лекарственные препараты, ГБУЗ своевременно не был выписан рецепт на получение лекарственного препарата ..., выводы суда о взыскании с ГБУЗ РБ в пользу истца расходов, понесенных им на приобретение лекарственного препарата являются обоснованными.

Несвоевременное обеспечение истца жизненно важными лекарственными препаратами отражается на состоянии здоровья истца, что в свою очередь свидетельствует о причинении ему нравственных и физических страданий.

При этом судом установлена вина как медицинского учреждения, выразившаяся

ся в несвоевременной выписке рецептов, так и вина Министерства здравоохранения в необеспечении наличия необходимым лекарственных препаратов в аптечной сети.

В связи с чем, судом обоснованно взыскана компенсация морального вреда с ГБУЗ, с Министерства здравоохранения, которая признается судебной коллегией разумной.

Об авторе:

Павлова Юлия Владимировна — директор Национального института медицинского права, Председатель Комитета по законодательству в медицине и правовой поддержке медицинских работников и организаций Ассоциации онкологов России, кандидат юридических наук, доцент, Москва, pavlova_yu_med-law.ru@mail.ru

Julia Vladimirovna Pavlova — Director of the National Institute of Medical Law, Chairman of the Committee on the Legislation in Medicine and Legal Support of Medical Workers and Organizations Associations of Oncologists of Russia, Candidate of Legal Sciences, Associate Professor, Moscow

© Павлова Ю. В., 2024

Для цитирования:

Павлова Ю. В. Правовые аспекты лекарственного обеспечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 78-88.

For citation:

Pavlova Ju. V. Legal aspects of drug provision for patients with cardiovascular diseases // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 78-88.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 20.05.2024 г.

Погодина Т. Г., Кувшинов И. А.

ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА, ИЛИ КТО ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ В ОТДЕЛЕНИИ

В статье рассматриваются юридические аспекты деятельности врача анестезиолога-реаниматолога. Исследование акцентирует внимание на правовом статусе и обязанностях специалистов в этой области, обозначая ответственность за нарушение медицинских норм и правил. Анализируются этические дилеммы, с которыми врачи сталкиваются в своей практике. Важной частью работы является обсуждение взаимодействия лечащего врача с пациентами и их законными представителями, а также влияние юридической подготовки на эффективность медицинской помощи. Исследование подчеркивает необходимость адаптации законодательства к современным требованиям медицинской практики в области анестезиологии и реаниматологии, предлагая пути развития профессиональных стандартов для улучшения качества лечения и обеспечения прав пациентов.

Ключевые слова: анестезиология, реаниматология, юридические аспекты, медицинская ответственность, этические дилеммы, лечащий врач, законодательство, права пациентов

Tatyana Pogodina, Ivan Kuvshinov

THE LEGAL BASIS OF THE ACTIVITY OF AN ANESTHESIOLOGIST-RESUSCITATOR, OR WHO IS THE ATTENDING PHYSICIAN IN THE DEPARTMENT

This paper examines the legal aspects of the activities of an anesthesiologist-intensive care physician. The study focuses on the legal status and responsibilities of specialists in this field, indicating responsibility for violations of medical norms and rules. The ethical dilemmas that doctors face in their practice are analyzed. An important part of the work is to discuss the interaction of the attending physician with patients and their legal representatives, as well as the impact of legal training on the effectiveness of medical care. The study highlights the need to adapt legislation to modern requirements of medical practice in the field of anesthesiology and intensive care, suggesting ways to develop professional standards to improve the quality of treatment and ensure the rights of patients.

Keywords: anesthesiology, intensive care, legal aspects, medical responsibility, ethical dilemmas, attending physician, legislation, patient rights

Профессия врача анестезиолога-реаниматолога играет важнейшую роль в современной медицине, поскольку она непосредственно связана с поддержанием жизни пациентов в критических состояниях и во время сложных операций. Эти специалисты обеспечивают анестезию и поддержку жизненно важных функций организма,

включая дыхание и кровообращение, что делает их неотъемлемой частью любой операционной команды [1]. С развитием медицинских технологий возросла и значимость этой специализации, вводя новые методики и подходы в клиническую практику.

Юридические аспекты медицинской деятельности анестезиологов-реаниматоло-

гов также заслуживают особого внимания. Ответственность этих врачей чрезвычайно высока, поскольку любая ошибка может иметь серьезные последствия для здоровья пациента. В России, например, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», анестезиологи обязаны следовать строгим правилам проведения анестезии, что регулируется профессиональными стандартами и нормативными документами, такими как Приказ Министерства здравоохранения РФ №554н от 27.08.2018 года, определяющий порядок предоперационной подготовки и анестезиологического обеспечения [4].

Одним из наиболее дискуссионных вопросов в этой области является определение роли лечащего врача в отделении, особенно в ситуациях, когда необходима скоординированная работа множества специалистов. В контексте анестезиологии и реаниматологии, где важен каждый аспект взаимодействия с пациентом, четкое разграничение обязанностей и ответственности между лечащим врачом и анестезиологом может быть критически важно для обеспечения качества и безопасности медицинских услуг. Такое разграничение требует детальной регламентации и часто становится предметом правовой оценки в случае возникновения медицинских ошибок или осложнений.

Правовой статус и обязанности врача анестезиолога-реаниматолога. Врач анестезиолог-реаниматолог имеет четко определенный правовой статус, который регулируется рядом нормативно-правовых актов. Согласно законодательству РФ, к обязанностям врача анестезиолога-реаниматолога относится оценка состояния пациента перед операцией, выбор метода анестезии и непосредственное проведение анестезиологического обеспечения. Врач также несет ответственность за подготовку рабочего места в операционной, за корректную работу оборудования, а также за мониторинг состояния пациента во время и после операции.

Ответственность врача анестезиолога-реаниматолога за нарушение медицинских норм и правил. Ответственность ане-

стезиолога высока, поскольку ошибки в его работе могут привести к серьезным последствиям, включая летальный исход [2]. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нарушение установленных правил проведения анестезии может повлечь как административную, так и уголовную ответственность в зависимости от последствий для пациента [7].

Этические дилеммы в работе анестезиолога-реаниматолога. Этические вопросы в анестезиологии часто связаны с необходимостью принятия сложных решений в условиях ограниченного времени и информации. Одной из основных дилемм является выбор между разными методами анестезии, каждый из которых имеет свои риски и возможные побочные эффекты. Анестезиологам приходится также сталкиваться с этическими вопросами, когда решения о лечении должны приниматься с учетом желаний и моральных убеждений пациентов, что может вступать в конфликт с медицинскими рекомендациями или стандартами лечения.

В медицинской практике роль лечащего врача является ключевой, так как этот специалист несет основную ответственность за наблюдение, диагностику и лечение пациента. Лечащий врач определяется как врач, осуществляющий медицинскую помощь в период наблюдения и лечения пациента в медицинской организации. Он может быть назначен по выбору пациента или по решению руководителя медицинского учреждения. Важно, что лечащий врач организует не только непосредственное лечение, но и координирует действия других специалистов, включая консилиумы и консультации, а также информирует пациента о состоянии его здоровья и лечении [3].

Критерии и методы определения лечащего врача в отделении основаны на внутренних правилах медицинской организации и законодательстве. Основные аспекты включают квалификацию, опыт работы в специализированной области, а также наличие действующего медицинского лицензирования. В случае сложных или редких

заболеваний выбор лечащего врача может быть скорректирован в зависимости от специализированных знаний необходимых для конкретного случая.

Роль лечащего врача в команде интенсивной терапии особенно значима. В условиях интенсивной терапии лечащий врач не только проводит мониторинг и корректировку лечебных мероприятий, но и активно участвует в принятии решений о применении жизнеспасующих процедур. Это требует глубоких знаний в области реанимации, умения работать в условиях высокого стресса и способности координировать действия различных специалистов.

Юридические аспекты взаимодействия лечащего врача с пациентами и их законными представителями включают обязательства врача информировать пациента о всех аспектах предполагаемого лечения, возможных рисках и альтернативных методах лечения [5]. Законодательство требует, чтобы лечащий врач получил информированное согласие от пациента или его законных представителей перед началом любых медицинских вмешательств. Нарушение этого принципа может привести к юридической ответственности за медицинскую халатность.

Изучение юридических аспектов работы врача анестезиолога-реаниматолога выявило глубокую взаимосвязь между правовыми рамками и клинической практикой. Юридические нормы, регулирующие деятельность в этой области, стре-

мятся обеспечить не только соблюдение прав пациентов, но и защиту медицинских работников от необоснованных обвинений. Правильное юридическое обучение специалистов помогает повысить качество медицинской помощи, уменьшая вероятность ошибок и улучшая результаты лечения пациентов.

Юридическая подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов оказывает значительное влияние на их способность принимать обоснованные и законно подкрепленные решения в критических ситуациях. Это, в свою очередь, способствует снижению частоты медицинских ошибок и повышению уровня доверия пациентов к медицинским учреждениям [1].

Перспективы развития законодательства в области анестезиологии и реаниматологии в Российской Федерации акцентируют внимание на необходимости адаптации нормативной базы к постоянно меняющимся технологиям и методам лечения. Важность этого процесса обусловлена стремлением не только к улучшению медицинского обслуживания, но и к обеспечению правовой защищенности как пациентов, так и врачей. Развитие законодательства должно идти в ногу с инновациями в медицине, чтобы адекватно регулировать применение новых медицинских технологий и терапевтических подходов, особенно в такой сложной и ответственной области, как анестезиология и реаниматология [6].

Список литературы:

1. Власов П. Н., Иванов С. В. Анестезиология: основы клинической практики. М.: Медицина, 2020. С. 45-100.
2. Зайцев А. В. Этика в анестезиологии и реаниматологии. СПб.: БХВ-Петербург, 2019. С. 22-78.
3. Миронов П. И. Современные подходы в анестезиологии и реаниматологии. М.: Медицина, 2021. С. 88-134.
4. Смирнов В. М., Коротков А. Л. Юридические аспекты в анестезиологии: руководство для врачей. М.: Юрид. лит., 2018. С. 11-59.
5. Фролова О. В., Чернявский А. М. Анестезиология и реаниматология: Учебник для студентов медицинских вузов. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. С. 210-250.

6. Чернов В. Н. Ошибки в анестезиологии: причины и предотвращение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 102-150.
7. Шубин А. А. Интенсивная терапия в анестезиологии. М.: Медицинское Информационное Агентство, 2020. С. 75-112.

Об авторах:

Погодина Татьяна Григорьевна — профессор кафедры уголовного права и процесса юридического факультета Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н. И. Лобачевского, доктор медицинских наук, доцент, Нижний Новгород, pogodina@unn.ru

Кувшинов Иван Александрович — магистр 1-го года обучения юридического факультета направления юрист в здравоохранении Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н. И. Лобачевского, Нижний Новгород, wiking972009@yandex.ru

Tatyana Grigoryevna Pogodina — Professor of the Department of Criminal Law and Procedure, Faculty of Law, Lobachevsky University, Doctor of Medical Sciences, associate professor, Nizhny Novgorod

Ivan Alexandrovich Kuvshinov — is a Master of the 1st year of study at the Faculty of Law in the direction of lawyer in healthcare at Lobachevsky University, Nizhny Novgorod

© Погодина Т. Г., Кувшинов И. А., 2024

Для цитирования:

Погодина Т. Г., Кувшинов И. А. Юридические основы деятельности врача анестезиолога-реаниматолога, или кто является лечащим врачом в отделении // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 89-92.

For citation:

Pogodina T. G., Kuvshinov I. A. The legal basis of the activity of an anesthesiologist-resuscitator, or who is the attending physician in the department // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). С. 89-92.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 7.06.2024 г.

Салоян Г. В.

КОМПЕНСАЦИЯ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО СМЕРТЬЮ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО ВСЛЕДСТВИЕ ОКАЗАНИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье рассмотрен вопрос гражданской ответственности медицинских организаций за ненадлежащее оказание медицинской помощи, в частности проведен анализ судебной практики о компенсации морального вреда, причиненного смертью близкого родственника. Обозначена неоднозначность в размерах взыскиваемых сумм по одной категории медицинских споров в разных регионах страны. Определено, каким должен быть вред, причиненный смертью близкого родственника — пациента, для признания его моральным с целью последующего взыскания денежной компенсации. В качестве вывода поставлен вопрос о разработке единого алгоритма по подсчету суммы компенсации морального вреда.

Ключевые слова: *ненадлежащая медицинская помощь, вред, причиненный жизни пациента, компенсация морального вреда*

Gulia Saloyan

COMPENSATION FOR MORAL DAMAGE CAUSED BY THE DEATH OF A CLOSE RELATIVE DUE TO THE PROVISION OF INADEQUATE MEDICAL CARE

The article examines the issue of civil liability of medical organizations for improper provision of medical care, in particular, an analysis of judicial practice on compensation for moral damage caused by the death of a close relative is carried out. There is ambiguity in the amount of amounts recovered for one category of medical disputes in different regions of the country. It has been determined what the harm caused by the death of a close relative — a patient — must be in order to recognize it as moral for the purpose of subsequent recovery of monetary compensation. As a conclusion, the question was raised about the development of a unified algorithm for calculating the amount of compensation for moral damage.

Keywords: *inadequate medical care, harm caused to the patient's life, compensation for moral damage*

В современном развивающемся обществе не теряет актуальности вопрос гражданской ответственности медицинских организаций за ненадлежащее оказание медицинской помощи, в результате которой причиняется вред здоровью или жизни пациента. Весьма распространенные в рамках договорных отношений обязательства в связи с оказанием некачественной

медицинской услуги как пример, случаи по причинению вреда, повлекшего частичную утрату здоровья. Повреждение здоровья потерпевшего сказывается на потере способности лица трудиться, в связи с чем человек может лишиться заработка, понести расходы на лечение, что образует имущественный вред, который он вправе взыскать с причинителя вреда в судебном

порядке^{1, 2}. Но в рамках настоящего исследования мы остановимся на случаях в судебной практике по медицинским спорам о компенсации морального вреда, причиненного смертью близкого родственника вследствие оказания ненадлежащей медицинской помощи³.

По данной категории были проанализированы схожие судебные решения по 14 гражданским делам из разных регионов страны. В судебных решениях размер взыскиваемых сумм в счет компенсации морального вреда варьируется от 100 000 руб. до 1 500 000 руб.. При разрешении спора о компенсации морального вреда суды согласно официальным разъяснениям вышестоящей инстанции «оценивают конкретные действия (бездействия) причинителя вреда, соотносят их с тяжестью причиненных потерпевшему морального вреда и индивидуальными особенностями его личности, а также учитывают фактические обстоятельства дела, требования разумности и справедливости, соразмерности компенсации последствиям нарушения прав»⁴. На наш взгляд, при рассмотрении иска суду в первую очередь необходимо определить, каким именно должен быть вред и как он представлен, чтобы признать его моральным.

До утверждения новых разъяснений вышестоящей инстанции относительно компенсации морального вреда, суды зачастую отказывали в удовлетворении заявленных требований, ссылаясь на отсутствие при-

чинной связи между дефектами, допущенными при оказании медицинской помощи, и наступившей смертью пострадавшего и причинением тем самым истцу (близкому родственнику пациента) моральных страданий^{5, 6, 7, 8, 9}. Среди подобных решений были ситуации, когда суд приходил к выводу, что наличие дефектов оказания пациенту медицинской помощи без подтверждения того, что именно они (дефекты) привели к смерти пациента, может свидетельствовать о причинении морального вреда только самому пациенту, а не членам его семьи¹⁰. Иначе говоря, суд, посчитав, что отсутствуют основания для удовлетворения иска, не разбирался в вопросе: а какие именно моральные страдания перенес истец в связи со смертью своего близкого родственника-пациента, которому была оказана ненадлежащая медицинская помощь, и чем выражены такие страдания?

5 Решение Сортавальского городского суда Республики Карелия от 26.10.2020 г. дело №2-192/2020 // URL: https://sortavalsky--kar.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=17274933&case_uid=f98806b3-bfa7-4010-bb9d-87d6027a02cf&delo_id=1540005 (дата обращения: 18.05.2024).

6 Решение Волжского городского суда Волгоградской области от 21.12.2021 г. дело №2-1322/2021 // URL: <https://xn--90afdbaavobdiafy6eub5d.xn--piai/57536069> (дата обращения: 18.05.2024).

7 Решение Якутского городского суда Республики Саха (Якутия) от 11.04.2018 г. дело №2-27/2018 // URL: https://jakutsky--jak.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=27932052&case_uid=cee656ac-0072-4cc6-bf15-02fd1d61df5f7&delo_id=1540005 (дата обращения: 18.05.2024).

8 Решение Калининского районного суда г. Челябинска от 19.04.2018 г. дело №2-1/2018 // URL: https://kalin--chel.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=583361624&case_uid=5be7c753-07db-417d-9be6-a0203cb7c0c4&delo_id=1540005 (дата обращения: 18.05.2024).

9 Решение Димитровградского городского суда Ульяновской области от 01.10.2018 г. дело №2-1967/2018 // URL: https://dimitrovgradskiy--uln.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=case&_id=52797074&_uid=704c0150-0579-482f-abf2-66d6f26d6970&_deloId=1540005&_caseType=&_new=0&srv_num=1 (дата обращения: 18.05.2024).

10 Решение Гусевского городского суда Калининградской области от 04.04.2018 г. дело №2-124/2018 // URL: https://gusevsky--kln.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=21834337&case_uid=8005d93e-201e-4fc9-b916-755f67b8d74b&delo_id=1540005 (дата обращения: 18.05.2024).

1 О защите прав потребителей: закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 04.08.2023) // Собрание законодательства РФ. 1996. №3. ст. 140.

2 Семина Т. В. Анализ судебных исков по «врачебным ошибкам» в современном здравоохранении / Материалы XXII Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов 27-30 ноября 2016 г. // URL: https://racvs.ru/events/archive/xxii_vserossiyskiy_sezd_serdechno-sosudistykh_khirurgov/analiz_sudebnykh_iskov_po_quotvrachebnym_oshibkam_quot_v_sovremennom_zdravookhranenii/ (дата обращения: 18.05.2024).

3 Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №2 (2019): утв. Президиумом Верховного Суда РФ 17.07.2019 // Бюллетень Верховного Суда РФ. Февраль 2020. №2.

4 О практике применения судами норм о компенсации морального вреда: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 №33 // Российская газета. 25.11.2022. №8915.

Еще до «выхода в свет» разъяснений Пленума, ясность в разрешении данного вопроса внес Верховный Суд РФ в своих определениях при рассмотрении кассационных жалоб родственников пострадавших пациентов на решения судебных инстанций^{11, 12, 13, 14}. Согласно позиции вышестоящей инстанции «в случае нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья требования о компенсации морального вреда могут быть заявлены родственниками и другими членами семьи гражданина, поскольку, исходя из сложившихся семейных связей, характеризующихся близкими, родственными отношениями, возможно причинение лично членам семьи морального вреда ненадлежащим оказанием медицинской помощи пациенту»^{15, 16}.

Такой правоприменительный подход весьма быстро сформировался в судах. Мы видим, как за последнее время в своих решениях суды отражают установленные факты моральных страданий заявителей, как-то были их характер и форма.

Так, по одному из дел К. обратилась в суд с иском к станции скорой помощи о компенсации морального вреда в связи со смертью ее сына. Требования обоснованы тем, что сын истицы в связи с падением на лед и ощущением острой боли вызвал ско-

рую медицинскую помощь. Прибывшие по вызову сотрудники не оказали надлежащей помощи, госпитализацию не предложили, а спустя несколько часов наступила смерть пострадавшего. При разрешении спора судом отмечено, что утрата близкого человека является необратимым обстоятельством, нарушающим психическое благополучие, а также неимущественное право на родственные и семейные связи, смерть единственного сына является тяжелейшим событием в жизни истца, неоспоримо причинившим нравственные страдания, и должно рассматриваться в качестве переживания, влекущего состояние стресса и эмоционального расстройства; факт причинения истице морального вреда не вызывает сомнений и является очевидным. Решением суда, оставленным без изменения судебной коллегией апелляционной инстанции¹⁷, в пользу истицы взыскана компенсация морального вреда в размере 800 тыс. руб. (из заявленных 8 млн. руб.)¹⁸.

В данном случае суд правильно обстоятельства, подтверждающие факт причинения истице нравственных страданий в связи с утратой единственного сына, обстоятельства, касающиеся того, могли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи повлиять на развитие летального исхода. Такой же вывод в разрешении спора был сделан данным районным судом годом ранее при рассмотрении иска матери и сестры умершего пациента. Суд признал смерть сына и родного брата тяжелейшим событием в жизни истцов, неоспоримо причинившим им нравственные страдания, что должно рассматриваться в качестве переживания, влекущего состояние стресса

11 Определение Верховного Суда Российской Федерации от 02.09.2019 г. дело № 48-КГ19-9 // URL: https://www.vsrif.ru/stor_pdf.php?id=1807450 (дата обращения: 16.05.2024).

12 Определение Верховного Суда Российской Федерации от 14.10.2019 г. дело №80-КГ19-13 // URL: <https://www.vsrif.ru/lk/practice/cases/12-31258355#12-31258355> (дата обращения: 16.05.2024).

13 Определение Верховного Суда Российской Федерации от 21.02.2022 г. дело №75-КГ21-4-КЗ // URL: <https://www.vsrif.ru/lk/practice/cases/12-33179672#12-33179672> (дата обращения: 16.05.2024).

14 Определение Верховного Суда Российской Федерации от 24.06.2019 г. дело №74-КГ19-5 // URL: <https://www.vsrif.ru/lk/practice/cases/12-31245273#12-31245273> (дата обращения: 16.05.2024).

15 Определение Верховного Суда Российской Федерации от 18.02.2019 г. дело №71-КГ18-12 // URL: <https://www.vsrif.ru/lk/practice/cases/12-30633380#12-30633380> (дата обращения: 16.05.2024).

16 Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №2 (2019): утв. Президиумом Верховного Суда РФ 17.07.2019 // Бюллетень Верховного Суда РФ. Февраль 2020. №2.

17 Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Ивановского областного суда от 23.06.2021 г. дело №33-1552/2021 // URL: https://oblsud--iwn.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=6219552&case_uid=ecadad1b-fc38-48a5-9996-d6423df20a03&delo_id=5&new=5 (дата обращения: 17.05.2024).

18 Решение Октябрьского районного суда г. Иваново от 01.04.2021 г. дело №2-18/2021 // URL: https://oktyabrskiy-iwn.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=110332947&case_uid=79fc4bf4-355a-4e77-a314-8d478e5db7aa&delo_id=1540005 (дата обращения: 17.05.2024).

и эмоционального расстройства. Решением суда в пользу истцов взыскана компенсация морального вреда в размере 800 000 рублей^{19, 20, 21}.

В другом деле судом рассмотрен иск матери к городской больнице и станции скорой помощи о взыскании компенсации морального вреда в связи со смертью 8-ми месячного ребенка. Из исковых требований следовало, что сын заявительницы умер в инфекционном отделении областной больницы, куда пострадавший поступил после длительного неоказания медицинской помощи со стороны ответчиков. Характер причиненных истице нравственных страданий, связанных со смертью ребенка, пережитого психологического стресса, который она испытала, суд признал очевидным и не требующим дополнительного доказывания. В данном случае суд определил как были выражены моральные страдания, а именно: преждевременная выписка заявительницы с ребенком из инфекционного отделения больницы; неоднократные вызовы медицинских сотрудников на дом для оказания помощи; длительные перенаправления сотрудниками СМП пациента в ночное время из одних медицинских учреждений в другие без оказания реальной помощи; смерть ребенка через непродолжительное время после окончательной госпитализации. Решением суда, оставленным без изменения судебной коллегией апелляционной

инстанции²², исковые требования о взыскании компенсации морального вреда удовлетворены в размере 1,5 млн. руб. (из заявленных 12 млн. руб.)²³.

При рассмотрении дела суд установил доказанным доводы, изложенные в исковом заявлении, подтвержденные результатами экспертиз; принял во внимание имеющиеся на момент рассмотрения иска материалы до следственной проверки, и, руководствуясь нормативными положениями и позицией вышестоящей инстанции, пришел к верному выводу о необходимости в удовлетворении исковых требований.

К такому же выводу пришел суд в Нижегородской области при рассмотрении иска родителей к районной больнице. По мнению суда, недостатки оказанной сыну истцов медицинской помощи, повлекшие смерть пациента, причинили страдания, как самому пациенту, так и его родственникам (родителям), которые длительное время наблюдали за ухудшением его состояния. Суд также принял во внимание пенсионный возраст истцов, что их сын проживал совместно с ними и материально помогал им. Кроме того, суд отметил, что доказанный факт ненадлежащей медицинской помощи является достаточным основанием для компенсации морального вреда. Решением суда, вступившим в законную силу после апелляционного рассмотрения дела²⁴, в пользу истцов взыскана денежная

19 Решение Октябрьского районного суда г. Иваново от 18.06.2020 г. дело №2-774/2020 // URL: https://oktyabrskiy-iwn.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=110328036&case_uid=18b8c260-6438-4406-895d-d60fe847ac9b&delo_id=1540005 (дата обращения: 17.05.2024).

20 Решение Борского городского суда Нижегородской области от 02.03.2023 г. №2-40/2023 // URL: https://borsky--nnov.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=178931467&case_uid=a8a69e3c-a88f-4039-921b-dc4fcb2f6ae8&delo_id=1540005 (дата обращения: 17.05.2024).

21 Решение Шадринского районного суда Курганской области от 16.11.2020 дело №2-458/2020 // URL: https://shadrinsky--krk.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=97106068&case_uid=b1616691-7b5e-41e5-9b3a-ef17e6b90a53&delo_id=1540005 (дата обращения: 17.05.2024).

22 Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам новосибирского областного суда от 12.04.2022 г. дело №33-3681/2022 // URL: https://oblsud--nsk.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=46919619&case_uid=dbad255e-c94b-4195-9532-144030c61b62&result=1&delo_id=5&new=5 (дата обращения: 18.05.2024).

23 Решение Ленинского районного суда г. Новосибирска от 13.12.2021 г. дело №2-620/2021 // URL: https://leninsky--nsk.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=458784040&case_uid=a1e54e1a-0baa-4d57-b2ca-9abc818a0091&delo_id=1540005 (дата обращения: 18.05.2024).

24 Апелляционное определение Нижегородского областного суда от 20.06.2023 г. дело №33-9172/2023 // URL: https://oblsud--nnov.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=21643614&case_uid=430bade3-11d4-47ca-ac5e-7e31b9be4376&delo_id=5&new=5 (дата обращения: 23.05.2024).

сумма в счет компенсации морального вреда в размере 400 000 рублей²⁵.

Еще одно прецедентное дело было рассмотрено судом в 2019 году по иску Т. к больнице о компенсации морального вреда в связи со смертью новорожденного ребенка. Требования обоснованы тем, что результатом оказания заявителю неадекватной медицинской помощи по родовспоможению работниками больницы стало избрание неверного способа родоразрешения, что явилось причиной смерти ее новорожденного ребенка. Тяжесть нравственных страданий истицы суд определил: смертью новорожденной дочери (невосполнимая утрата родного человека и нарушение психического благополучия семьи), экстирпацией матки с левыми придатками и правой трубой в возрасте 34 лет²⁶. Исследовав материалы дела, приняв во внимание выводы экспертов о наличии в действиях работников медицинской организации дефектов оказания медицинской помощи, о наличии причинной связи между противоправными действиями работников и вредом, суд удовлетворил иски в полном объеме, взыскав с ответчика 1 млн. руб. в счет компенсации морального вреда²⁷.

Из проведенного анализа судебной практики мы видим, что действительно

25 Решение Борского городского суда Нижегородской области от 02.03.2023 г. дело №2-40/2023 // URL: https://borsky--nnov.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=178931467&case_uid=a8a69e3c-a88f-4039-921b-dc4fcb2f6ae8&delo_id=1540005 (дата обращения: 23.05.2024).

26 После подобной операции женщина теряет возможность забеременеть и родить ребенка. См.: Старицина Т.А., Козаченко В.П. Экстирпация матки // Большая медицинская энциклопедия: в 30 т. М.: Советская энциклопедия, 1986. 3-е изд. Т.28: Эконом-Ящур. 544 с.

27 Решение Рославльского городского суда Смоленской области от 21.06.2019 г. дело №2-33/2019 // URL: https://rosavl--sml.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=129829278&case_uid=074c682f-3056-4874-8b73-2fbb0805df5&delo_id=1540005 (дата обращения: 17.05.2024).

для привлечения медицинской организации к гражданской ответственности в виде компенсации морального вреда, причиненного смертью близкого родственника вследствие оказания ненадлежащей медицинской помощи, юридически значимым и подлежащим доказыванию является обстоятельство, связанное с тем, что истец перенес моральные страдания в связи с посягательством причинителя вреда на принадлежащие ему нематериальное благо в виде права членов семьи на здоровье, родственные и семейные связи, право на семейную жизнь.

Действительно, в разных регионах страны на судебное рассмотрение поступают схожие споры, а выдвигаемые заявителями требования практически одинаковые, но по результатам разрешения спора каждая ситуация отличается размером взыскиваемой компенсации морального вреда. Мы видим, что истцы идут в суды с одним размером денежной суммы (от 2 до 12 млн.), а по решению суда в их пользу взыскивается уменьшенная сумма (от 100 тыс. до 1,5 млн.), поскольку изначальный размер требований признается правоприменителем как чрезмерно завышенный.

Какова причина уменьшения судом выдвигаемой истцом суммы в счет компенсации морального вреда? Может, чтобы избежать подобных ситуаций, необходимо разработать четкий алгоритм по подсчету суммы компенсации морального вреда, к примеру, с привязкой к минимальному размеру оплаты труда? Может именно такой подход даст заявителю возможность изначально выдвинуть иски в судебную практику? Достигнув баланса между заявленными требованиями и полученным результатом в решении суда, возможно, мы сможем избежать ситуации, когда лица, обращающиеся за судебной защитой, в подобной ситуации ставят под сомнение справедливость и верховенство правосудия, объективность и беспристрастность суда.

Об авторе:

Салоян Гулия Вазировна — студентка 2 курса магистратуры юридического факультета ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского», Нижний Новгород, gulia.saloyan@yandex.ru

Gulia Vazirovna Saloyan — 2nd year master's degree student «Master of Private Law» faculty of Law Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod», Nizhny Novgorod

© Салоян Г. В., 2024

Для цитирования:

Салоян Г. В. Компенсация морального вреда, причиненного смертью близкого родственника вследствие оказания ненадлежащей медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 93-98.

For citation:

Saloyan G. V. Compensation for moral damage caused by the death of a close relative due to the provision of inadequate medical care // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 93-98.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 26.01.2024 г.

Сосина Ю. Г.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАЩИТЫ ИНТЕРЕСОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПРАВА НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НЕОБХОДИМОГО ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Статья посвящена наиболее распространенным проблемам, возникающим в случаях, когда несовершеннолетний нуждается в медицинской помощи для спасения его жизни, а законным представителем выражен отказ от медицинского вмешательства. Проанализирован механизм судебной защиты прав несовершеннолетнего, а также порядок действий медицинской организации в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства. Выявлены проблемы, связанные с длительностью ожидания медицинской помощи вследствие необходимости получения решения суда, что в некоторых случаях приводит к смерти несовершеннолетнего. Предложены меры по совершенствованию законодательства в данной сфере.

Ключевые слова: информированное добровольное согласие, отказ от медицинского вмешательства, права несовершеннолетних, правовое регулирование

Yulia Sosina

SOME PROBLEMS OF PROTECTING THE RIGHTS OF MINORS WHEN A LEGAL REPRESENTATIVE EXERCISES THE RIGHT TO REFUSE MEDICAL INTERVENTION NECESSARY TO SAVE A CHILD'S LIFE

Article is dedicated to the most common problems in case where a minor needs medical assistance to save his life, and the legal representative expresses a refusal of medical intervention. The mechanism for judicial protection of the rights of a minor, and the procedure for action by a medical organization in the event of a legal representative refused medical intervention, are analyzed. Problems have been identified related to the length of wait for medical care due to the need to obtain a judgement, which in some cases leads to the death of a minor. Measures are proposed to improve legislation in this area.

Keywords: informed consent, refusal of medical intervention, rights of minors, legal regulation

Право на личную неприкосновенность является неотчуждаемым правом каждого человека и подразумевает недопустимость произвольного вмешательства в сферу его индивидуальной жизнедеятельности, включая физическую (жизнь, здоровье) и психическую (честь, достоинство) неприкосновенность. Дача информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство как необхо-

димое предварительное условие оказания медицинской помощи является эффективным инструментом обеспечения конституционного права человека на личную неприкосновенность. Добровольность согласия на медицинское вмешательство означает необязательность последнего для пациента и предполагает право на отказ от медицинского вмешательства или на его прекращение.

Реализация такого права при оказании медицинской помощи несовершеннолетним имеет свои особенности и проблематику, проистекающие из факта их частичной дееспособности как особого психофизиологического состояния в силу возраста, влияющего на (не)возможность принятия ими отдельных решений. Высокая социальная значимость исследований в сфере оказания медицинской помощи несовершеннолетним продиктована неотъемлемым правом каждого на жизнь (часть 1 статьи 20 Конституции Российской Федерации) и особой правовой охраной детства: согласно части 4 статьи 67.1 Конституции Российской Федерации, дети являются важнейшим приоритетом государственной политики России. Государство создает условия, способствующие всестороннему духовному, нравственному и физическому развитию детей, развитию в них патриотизма, гражданственности и уважения к старшим¹. Кроме этого, приоритет охраны здоровья детей законодательно закреплен пунктом 3 статьи 4 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»².

Нормативно-правовой основой информированного добровольного согласия при оказании медицинской помощи несовершеннолетним являются часть 2 статьи 21 и часть 1 статьи 22 Конституции Российской Федерации, статьи 20 и 54 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 18, 21, 26, 28, 31-36 Гражданского кодекса Российской Федерации³,

1 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01 июля 2020 г.) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007040001> (дата обращения: 24.11.2023).

2 Федеральный закон от 21.11.2011 (ред. от 25.12.2023) №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/000120111220007> (дата обращения: 04.02.2023).

3 Гражданский кодекс Российской Федерации (часть 1) от 30.11.1994 №51-ФЗ (ред. от 04.08.2023) // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102033239> (дата обращения: 04.02.2023).

а также статьи 56, 64-65 Семейного кодекса Российской Федерации⁴.

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и (или) отказа от медицинского вмешательства установлен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 №1051н⁵. В отношении несовершеннолетних в возрасте до 15 лет информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства дает один из родителей или иной законный представитель (усыновитель, опекун, попечитель). Проведение медицинского вмешательства в отсутствие информированного добровольного согласия (при отсутствии обстоятельств, предусмотренных пунктом 1 части 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») образует состав административного правонарушения, предусмотренного частью 1 статьи 6. 32 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — КоАП РФ)⁶.

Несмотря на отсутствие прямого законодательного закрепления, в Российской Федерации при принятии решений по делам, связанным с реализацией прав законными представителями несовершеннолетних, правоприменитель руководствуется презумпцией добросовестного поведения

4 Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223 (ред. от 31.07.2023) // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102038925> (дата обращения: 04.02.2023).

5 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 №1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и (или) отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» (Зарегистрирован в Минюсте России 25.11.2021 №65977) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/000120211250019> (дата обращения: 04.02.2023).

6 Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. 25.12.2023) // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&prevDoc=102435144&backlink=1&nd=102074277> (дата обращения: 04.02.2023).

родителя⁷, в том числе в случаях принятия решения по вопросу медицинского вмешательства. Произвольное вмешательство в дела семьи является недопустимым (часть 1 статьи 1 Семейного кодекса Российской Федерации)⁸. На практике возникают ситуации, когда отказ от медицинского вмешательства, данный законным представителем несовершеннолетнего, противоречит праву ребенка на защиту своих прав и законных интересов. Российской практике известны случаи отказа от медицинского вмешательства, данного по мотивам, связанным с религиозными взглядами: например, участники религиозной организации «Свидетели Иеговы», признанной экстремистской и запрещенной на территории Российской Федерации, придерживаются взглядов о недопустимости гемотрансфузии. Жертвами этой радикальной религиозной установки за последние годы стали десятки детей, умерших из-за того, что им не осуществили гемотрансфузию, когда это было необходимо для спасения жизни [3, 4]. Также законные представители несовершеннолетнего могут отказываться от медицинского вмешательства в связи с невежеством, маргинальными установками, например, в связи с ВИЧ-диссидентством [2].

На этот случай законодателем закреплена процедура проведения медицинского вмешательства в отсутствие информированного добровольного согласия. Медицинское вмешательство допускается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя в случае, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (п. 1 ч. 9. ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здо-

7 Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 08.06.2010 №13-П «По делу о проверке конституционности пункта 4 статьи 292 Гражданского кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданки В. В. Чадаевой» // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docrefs.xml=&oid=102084965> (дата обращения: 04.02.2023).

8 См. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223...

ровья граждан в Российской Федерации»). Решение о проведении медицинского вмешательства без согласия законного представителя принимается консилиумом врачей, а в случаях, когда собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, либо судом в случаях и порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации (п. 1 ч. 10 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)⁹.

Случаи оказания медицинской помощи пациенту без его согласия (согласия законного представителя) не противоречат законодательству, так как Конституция Российской Федерации в части 3 статьи 55 предусматривает ограничение прав граждан на основании федерального закона в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц [5]. Таким образом, в случаях, если законный представитель действует вопреки интересам ребенка в силу заблуждения, необразованности, религиозных взглядов или по другим соображениям, данный им отказ от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего может быть оспорен в судебном порядке в целях обеспечения публичного интереса [1].

Производство по административным делам о защите несовершеннолетнего и лица, признанного в установленном порядке недееспособным, в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, регулируется главой 31.1 Кодекса административно-судопроизводства Российской Федерации

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

(далее — КАС РФ). Административные дела о защите интересов несовершеннолетних в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, рассматриваются в течение пяти дней с даты принятия административного искового заявления к производству суда, а при наличии ходатайства медицинской организации о медицинском вмешательстве в экстренной форме — в день поступления административного искового заявления (ч. 1 ст. 285.3 КАС РФ)¹⁰. Решение суда в случае удовлетворения административного искового заявления является основанием для проведения медицинского вмешательства. При этом суд уполномочен обратиться к решению суда об удовлетворении административного искового заявления к немедленному исполнению, что отражается в резолютивной части решения (части 3, 4 статьи 285.5 КАС РФ). Вместе с тем, несмотря на законодательное урегулирование отношений, возникающих по поводу судебной защиты прав несовершеннолетних при отказе законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, реализация данных правовых положений сопряжена с рядом практических проблем.

К одной из таких проблем относится чрезвычайный и безотлагательный характер некоторых видов медицинских вмешательств при состояниях, развивающихся стремительно и создающих непосредственную угрозу жизни несовершеннолетнего. К таким состояниям, к примеру, можно отнести анафилактический шок, который обычно развивается в течение двух часов после воздействия аллергена, в течение тридцати минут при пищевой аллергии и быстрее при реакции на лекарственные средства для парентерального введения или яд насекомых¹¹.

¹⁰ См. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ...

¹¹ Клинические рекомендации «Анафилактический шок» (разработаны Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, Общероссийской общественной организацией «Федерация анестезиологов и реаниматологов», утверждены в 2020 году) // URL: https://gaaci.ru/dat/pdf/allergic_shock_2020.pdf (дата обращения: 24.11.2023).

Предусмотренный законодателем механизм реализации права медицинской организации на обращение в суд с целью защиты прав несовершеннолетнего зачастую не позволяет обеспечить оперативное получение медицинской организацией основания для проведения медицинского вмешательства, что может повлечь невозможность спасения жизни несовершеннолетнего пациента или наступления иных необратимых последствий для его здоровья, что обусловлено следующими обстоятельствами:

1. Необходимость подготовки документации для обращения в суд. Статья 285.1 КАС РФ предусматривает обязательные требования к административному исковому заявлению о защите интересов несовершеннолетнего, а также перечень документов, которые должны быть к нему приложены. В числе прочего медицинская организация должна представить:

а) медицинскую документацию гражданина, в защиту интересов которого подается административное исковое заявление;

б) заключение врачебной комиссии с указанием диагноза, тяжести заболевания, описанием состояния, требующего спасения жизни пациента, а также иные материалы, подтверждающие необходимость проведения медицинского вмешательства в целях спасения жизни пациента и возможность его присутствия в судебном заседании в силу состояния здоровья;

в) документы, подтверждающие отказ законного представителя несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни представляемого лица;

г) документы, подтверждающие уведомление органа опеки и попечительства о подаче административного искового заявления о защите интересов несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни представляемого лица;

д) документы, предусмотренные пунктом 1 части 1 статьи 126 КАС РФ (документы, подтверждающие направление или вру-

чение копий административного искового заявления и приложений к нему другим лицам, участвующим в деле, либо копии данных документов в количестве, соответствующем числу лиц, участвующих в деле). Оформление такого объема документов сопряжено с временными издержками, что влияет на срок проведения медицинского вмешательства.

2. Режим работы суда. В настоящее время в судах общей юрисдикции, которым подсудна данная категория дел, отсутствуют круглосуточные дежурства судей и специалистов, осуществляющих прием документов. Таким образом, в случае необходимости срочного принятия решения о проведении медицинского вмешательства в экстренной форме при жизнеугрожающих состояниях пациентам, поступившим в ночное время, медицинская организация вынуждена ожидать начала рабочего дня.

3. Вопросы исполнения решения суда о защите прав несовершеннолетнего. У медицинской организации отсутствует право удерживать несовершеннолетнего пациента до получения решения суда. По смыслу законодательства, после вынесения такого рода решений судебный пристав-исполнитель осуществляет доставку нуждающегося в медицинской помощи пациента в медицинскую организацию [2], что создает сложности исполнения, связанные с установлением местонахождения несовершеннолетнего. Данное обстоятельство также влечет удлинение сроков оказания медицинской помощи.

Качество разрешения данной категории дел также имеет свои нюансы. Сроки рассмотрения административных исковых заявлений о защите прав несовершеннолетних крайне ограничены и составляют пять дней со дня принятия заявления к производству суда, а при наличии ходатайства медицинской организации о проведении медицинского вмешательства в экстренной форме решение принимается в день поступления административного искового заявления (часть 1 статьи 285.3 КАС РФ). Рассмотрение административного искового заявления в столь сжатые сроки, как правило, исключает возможность качественного

сбора доказательств (привлечение специалистов, имеющих профильное медицинское образование, проведение судебно-медицинской экспертизы). На практике это приводит к тому, что необходимость проведения медицинского вмешательства устанавливается лицом, не имеющим специальных познаний в сфере медицины, на основе документации, представленной административным истцом. Вынесение решения судом в таких условиях создает почву для злоупотреблений со стороны медицинских организаций.

Резюмируя, можно сделать вывод, что защита прав несовершеннолетнего при отказе законного представителя от проведения медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, не всегда осуществляется эффективно. В качестве негативных последствий, вызванных объективными условиями рассмотрения такой категории дел, выступает, с одной стороны, риск принятия судом необоснованного решения о медицинском вмешательстве в отсутствие необходимой доказательной базы; с другой — риск для жизни несовершеннолетнего пациента, вызванный длительным ожиданием медицинской помощи. В Российской Федерации установлены критерии качества оказания медицинской помощи, к числу которых относится своевременность (п. 1.2 Критериев...)¹². Длительность принятия решения о проведении медицинского вмешательства может повлечь невозможность оказания качественной медицинской помощи.

В целях повышения эффективности защиты прав несовершеннолетнего при отказе законного представителя от медицинского вмешательства представляется необходимым рассмотрение вопроса о совершенствовании законодательства и правоприменительной практики в данной сфере:

1. Следует поставить вопрос о закреплении уведомительного порядка при

12 Приказ Министерства Российской Федерации от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 №46740) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705170016?rangeSize=1> (дата обращения: 04. 02. 2023).

принятии медицинским работником или консилиумом решения о проведении медицинского вмешательства несовершеннолетнему при отказе законного представителя. В случаях, когда по объективным причинам, связанным с временными издержками, соблюдение порядка, установленного главой 31.1 КАС РФ, не представляется возможным, следует предусмотреть обязанность медицинской организации уведомлять суд о факте проведения медицинского вмешательства несовершеннолетнему при отказе законного представителя. Так, представляется возможным внесение следующих дополнений в действующее законодательство:

— статью 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дополнить пунктом следующего содержания: «В исключительных случаях, не терпящих отлагательства, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни несовершеннолетнего, и от одного из родителей или иного законного представителя информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не получено либо одним из родителей или иным законным представителем дан отказ от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, решение о проведении несовершеннолетнему медицинского вмешательства без согласия одного из родителей или иного законного представителя может быть принято консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство. О принятии такого решения ме-

дицинская организация не позднее 3 суток с даты проведения медицинского вмешательства уведомляет суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

— статью 285.1 КАС РФ дополнить пунктом следующего содержания: «4. В исключительных случаях, не терпящих отлагательства, если медицинское вмешательство проведено несовершеннолетнему по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, и от одного из родителей или иного законного представителя информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не получено либо одним из родителей или иным законным представителем дан отказ от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, в порядке, предусмотренном законодательством об охране здоровья, медицинская организация уведомляет суд о проведении такого медицинского вмешательства. В уведомлении должны быть указаны сведения, установленные частью 2 настоящей статьи. К уведомлению прилагаются документы, установленные частью 3 настоящей статьи, а также документы, подтверждающие наличие исключительных обстоятельств, обосновывающих безотлагательность медицинского вмешательства в соответствии с законодательством об охране здоровья. Суд рассматривает указанное уведомление и проверяет законность проведенного медицинского вмешательства в порядке и с учетом требований настоящей главы».

— дополнить КАС РФ статьей следующего содержания: «статья 285.6. Рассмотрение судом уведомления медицинской организации о проведении медицинского вмешательства.

1. Суд проверяет законность проведенного медицинского вмешательства в случае поступления от медицинской организации уведомления, предусмотренного частью 4 статьи 285.1 настоящего Кодекса, и выносит решение о его законности или незаконности.
2. Содержание решения суда должно соответствовать требованиям статьи 180 настоящего Кодекса.

3. Решение суда должно быть изготовлено в полном объеме в день его принятия.
4. Копии решения суда вручаются под расписку лицам, участвующим в деле, и их представителям или направляются им незамедлительно после изготовления решения способами, позволяющими обеспечить скорейшую доставку.

При отсутствии сжатых сроков рассмотрения, характерных для дел, разрешаемых в рамках главы 31.1 КАС РФ, качество сбора доказательств и оценки судом обоснованности проведения медицинского вмешательства будет повышено. При этом суд при выявлении нарушений законности при принятии медицинским работником или консилиумом решения о проведении медицинского вмешательства во всяком случае уполномочен вынести частное определение в порядке, предусмотренном статьей 200 КАС РФ.

2. При решении вопроса о привлечении медицинского работника или медицинской организации к административной ответственности за правонарушение, предусмотренное частью 1 статьи 6.32 КоАП РФ, следует устанавливать такие обстоятельства, как: обоснованность проведения медицинского вмешательства несовершеннолетнему для спасения жизни; качество

оказания медицинской помощи; наличие реальной возможности соблюдения медицинской организацией установленного порядка, предусмотренного главой 31.1 КАС РФ, без риска наступления необратимых последствий для несовершеннолетнего (возможность удлинения сроков оказания медицинской помощи в экстренной форме без риска для жизни). При наличии данных обстоятельств действия медицинского работника должны квалифицироваться как совершаемые в условиях крайней необходимости (статья 2.7 КоАП РФ).

В заключение следует отметить, что проблематика защиты прав несовершеннолетних при отказе законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, остается острой. На практике продолжают фиксироваться случаи смерти детей, наступившие в результате долгого ожидания медицинской помощи, связанного с обязанностью медицинской организации предварительно обращаться в суд [6, 7, 8]. Таким образом, учитывая особую значимость рассматриваемых общественных отношений, представляется возможным сделать вывод о несовершенстве законодательного механизма защиты прав несовершеннолетних и необходимости его доработки.

Список литературы:

1. Буянова Е. В. Некоторые аспекты судебной защиты интересов несовершеннолетнего в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни // Мир науки и мысли. 2023. №3. С. 95.
2. Галковская Н. Г. О некоторых спорных моментах правовой регламентации новой категории административных дел о защите интересов несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни (глава 31.1 КАС РФ) // Вестник Томского государственного университета. 2017. №424. С. 208.
3. Горovenko С. В. Административная ответственность за нарушение требований законодательства о получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2019. №2 (48). С. 50.
4. Париков О. В. Смерть ребенка из-за отказа от гемотрансфузии по религиозным мотивам: юридический аспект // Вестник Нижегородской академии МВД. 2020. №2 (50). С. 105.
5. Сударева Е. О. Добровольное согласие как условие медицинского вмешательства в праве РФ и США // Вестник РУДН. серия «Юридические науки». 2008. №3. С. 72.

6. В Иваново отец запретил делать переливание крови дочери из-за религиозных убеждений // URL: https://www.itv.ru/news/2017-01-18/318010-v_ivanovo_otets_zapretil_delat_perelivanie_krovi_docheri_iz_zh_religioznyh_ubezhdeniy (дата обращения: 02.12.2023).
7. Отказалась от лечения: россиянку будут судить за смерть маленькой дочери // URL: <https://iz.ru/1251759/mariia-frolova/otkazalas-ot-lecheniia-rossiianku-budut-sudit-za-smert-malenkoi-docheri> (Дата обращения: 02. 12. 2023).
8. Против матери, запретившей сыну переливание крови, возбуждено уголовное дело // URL: <https://rg.ru/2010/10/13/krov.html> (дата обращения: 02.12.2023).

Об авторе:

Сосина Юлия Григорьевна — студентка 1 курса магистратуры «Юрист в здравоохранении» юридического факультета ФГАОУ ВО «Национального исследовательского Нижегородского государственного университета имени Н. И. Лобачевского», юрисконсульт Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Детская городская поликлиника №39», Нижний Новгород, yulia.bolshakova@list.ru

Yulia Grigoryevna Sosina — First year student master's degree of the Healthcare Lawyer of the Lobachevsky National Research Nizhny Novgorod State University (N. I. Lobachevsky National Research University), legal adviser at the State budgetary healthcare institution of the Nizhny Novgorod region «Children's city clinic No. 39», Nizhny Novgorod

© Сосина Ю. Г., 2024

Для цитирования:

Сосина Ю. Г. Некоторые проблемы защиты интересов несовершеннолетних при реализации законным представителем права на отказ от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни ребенка // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 99-106.

For citation:

Sosina Y. G. Some problems of protecting the rights of minors when a legal representative exercises the right to refuse medical intervention necessary to save a child's life // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 99-106.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 17.03.2024 г.

Харитонов М. В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОРМЫ ВРЕМЕНИ, ОТВЕДЁННОЙ НА ПРИЁМ ПАЦИЕНТА: ВЗГЛЯД МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Норма времени, отведённая на приём пациента врачом — одна из составляющих, влияющих на качество оказания медицинской помощи пациентам, эффективность работы медицинского работника. Утверждённые Министерством здравоохранения России нормативы на приём пациента вызывают недовольство медицинских работников. В статье приведены основные аргументы российских и зарубежных медицинских специалистов касательно необходимости изменения времени, отводимого на врачебную консультацию, сформулированы рекомендации по изменению данного положения.

Ключевые слова: норма времени, приказы Министерства здравоохранения РФ, Кодекс профессиональной этики врача, качество медицинской услуги

Maria Kharitonova

THE EFFECTIVENESS OF THE STANDARD TIME ALLOTTED FOR THE PATIENT'S APPOINTMENT: THE VIEW OF A MEDICAL PROFESSIONAL

The amount of time allotted for a doctor's appointment with a patient is one of the components that influences the quality of medical care for patients and the efficiency of the medical worker. The standards for patient admissions approved by the Russian Ministry of Health cause dissatisfaction among medical workers. The article presents the main arguments of Russian and foreign medical specialists regarding the need to change the time allocated for medical consultation, and recommendations are formulated for changing this situation.

Keywords: time standards, orders from the Ministry of health of the Russian Federation, The Code of Professional Ethics of Doctors, quality of medical service

«Врач обязан оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь. Он обязан учитывать преимущества, недостатки и последствия различных диагностических и лечебных методов...» — гласит статья 3 Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации от 05 октября 2012 года¹.

Вся философия формирования личностных качеств врача направлена на укрепление и развитие внутренней потребности

оказывать помощь нуждающимся на максимуме своих профессиональных возможностей, однако современные реалии, к сожалению, сужают лечебные задачи до уровня медицинского тайм-менеджера.

Данные опроса, проведённого при помощи мобильного приложения «Справочник врача», в котором приняли участие 8,3 тысячи респондентов из 85 регионов, показывают, что более 60% медицинских работников в России считают, что предложенные нормативы по времени приёма у терапевта и педиатра недостаточны, чтобы провести полноценный осмотр.

¹ Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей РФ 05.10.2012 г.) // URL: <https://base.garant.ru/70408516/> (дата обращения: 29.11.2023).

Лидерами, проголосовавшими за увеличение времени приёма с 15 до 30 минут для участковых терапевтов, стали такие регионы как Воронежская область (85% голосов), Республики Мордовия (79%), Карелия (78%), Удмуртия (75%), Тверская область (74%). В Москве в пользу увеличенных временных нормативов склоняются 65% опрошенных, в Санкт-Петербурге — 60%, в Московской области — 61%².

В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 №290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» на приём пациента отводится 15 минут для участковых врачей: педиатра и терапевта, 14 минут — врачом-офтальмологом, 16 минут — врачом-оториноларингологом и 22 минуты — врачом акушером-гинекологом. Норма времени на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом сокращается на 20-30% времени, при профилактическом осмотре на 30-40% от основной нормы. Также данным приказом определены корректирующие коэффициенты «+/-» 0,05³.

С учётом оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой затраты врача на оформление медицинской документации, предполагается, что не должны превышать 35% времени, отведённого на приём пациента.

2 Врачи считают, что на прием пациента требуется от 15 до 30 минут // URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Bolee-60-rossiiskih-medrabotnikov-polagaut-chtona-priem-pacienta-terapevtu-i-pediatru-trebuetsya-ot-15-do-30-minut.html?ysclid=lpk2jad2iv46404000> (дата обращения: 29.11.2023).

3 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2.06.2015 г. №290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» // URL: <https://base.garant.ru/71169514/> (дата обращения: 29.11.2023).

В приказах Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2018 №973н⁴ и от 06.02.2020 №810н⁵ установлены нормы времени в интервале от 19 до 44 минут для ряда других врачей-специалистов: врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта, врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга.

Вместе с тем конкретные медицинские организации могут использовать в работе как типовые нормы, так и разрабатывать свой локальный хронометраж.

Важно отметить, что врачебный приём имеет условную структуру, включает в себя следующие этапы: сбор анамнестических данных, осмотр, проведение диагностических манипуляций по необходимости, формирование рекомендаций с последующими разъяснениями для пациента и параллельным оформлением медицинской документации⁶. Однако предлагаемые временные лимиты не позволяют соблюсти необходимую для клинического осмысления этапность и подталкивают к поспешным врачебным умозаключениям.

В единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС) города Москвы предлагаются следующие временные интервалы для самостоятельной записи пациента к врачам первой линии: на приём участкового терапевта отводится 10 минут, врача-оториноларинголога — 10

4 Приказ Минздрава России от 19.12.2016 №973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта» (зарегистрирован в Минюсте России 13.01.2017 №45216) // Российская газета. 20.01.2017 г. №12.

5 Приказ Минздрава России от 06.08.2020 №810н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга» (зарегистрирован в Минюсте РФ 28 октября 2020 г. №60618) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202010290046> (дата обращения 29.11.2023).

6 Котелев С. М. Пропедевтика внутренних болезней: учебно-методическое пособие. Черкесск: БИЦ СКГА, 2022. 68 с.

минут, врача акушера-гинеколога — 15 минут и врача-офтальмолога — 10 минут.

Особенности пациентов, связанные как с соматическим статусом, так и с его когнитивными возможностями воспринимать и излагать информацию, ведут к тому, что врачи зачастую не укладываются в отведённый временной интервал. Это, в свою очередь, приводит к конфликтным ситуациям: одни не довольны тем, что приём осуществляется с опозданием, другие — что врач не вникает в суть проблемы, а медицинские работники — отсутствием возможности полноценного осмысления и выработки диагностико-терапевтической стратегии. Объём жалоб пациентов на несвоевременный приём в последнее время увеличился в общей массе претензий, предъявляемых получателями медицинских услуг⁷.

Разъяснения Министерства здравоохранения Российской Федерации в лице пресс-секретаря ведомства Олега Салагая гласят, что указанные нормы времени адресованы не работникам практического звена, а организаторам здравоохранения. Практикующий врач должен принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учётом состояния здоровья пациента, находящегося на приёме⁸. Однако организаторы здравоохранения берут эти нормы за основу, делая тем самым их обязательными при организации работы: расчёте норм нагрузки врача, установлении нормативов записи и приёма пациентов за смену.

Результаты исследования работы врачей первичной медицинской помощи в Австралии, Канаде, Франции, Германии, Нидерландах, Новой Зеландии, Норвегии, Швеции, Великобритании и США свидетельствуют о том, что треть медицинских

специалистов не удовлетворены количеством времени, выделенным на приём пациента⁹. Согласно данным систематического обзора за период 1946–2016 годы по 67 странам с аналитическим охватом 28 570 712 консультаций, где средняя продолжительность приёма варьировалась от 48 секунд в Бангладеш до 22,5 минут в Швеции, было выявлено, что:

- сокращение времени приёма негативно отражается на качестве оказываемой медицинской помощи;
- недостаток времени, отведённого на консультацию одного пациента, — ключевой сдерживающий фактор для оказания экспертной общей врачебной помощи;
- малая продолжительность консультаций приводит к избыточному применению пациентами лекарственных средств и злоупотреблению антибиотиками, а также к недостаточно эффективной коммуникации врача и пациента;
- имеется прямая зависимость между сокращением времени приёма и выгоранием врачей, сопряжённым с недостатком профессиональной реализации: врачи чувствуют себя менее эффективными и менее компетентными, занимаясь сложными коморбидными пациентами в рамках недостаточного временного интервала;
- взаимосвязь между средней продолжительностью консультации и государственными расходами на здравоохранение на душу населения подтверждает, что более короткие консультации являются индикатором финансового неблагополучия в этой сфере;
- имеется корреляция между более длительными консультациями в первичном звене и меньшим количеством госпитализаций. Это подтверждает вывод о том, что развитая поликлиническая медицинская помощь может уменьшить количество госпитализаций по поводу

7 Составлен рейтинг жалоб пациентов на поликлиники: лидируют сроки ожидания // URL: <https://www.mk.ru/social/health/2017/06/05/sostavlen-reyting-zhalob-pacientov-na-polikliniki-lidiruyu-sroki-ozhidaniya.html> (дата обращения: 29.11.2023).

8 Минздрав России: врач должен принимать пациента столько, сколько необходимо с учетом состояния его здоровья // URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-Rossii-Vrach-doljen-prinimat-pacienta-stolko-skolko-neobhodimo-s-uchetom-sostoyaniya-ego-zdorovya.html?ysclid=lpk39y41wh749281290> (дата обращения 29.11.2023).

9 Ирвинг Г., Невес А. Л., Дамбха-Миллер Х., Ойши А. и др. Продолжительность приема у врачей первичной медицинской помощи в мире: систематический обзор по 67 странам // Московская медицина. 2020. №1 (35). С. 90-96.

заболеваний, требующих внимательно-го амбулаторного наблюдения;

- наблюдается отсутствие связи между продолжительностью консультаций и количеством направлений на дополнительные исследования, что дополнительно подтверждает вывод в том, что более длительные консультации не приводят к увеличению числа дополнительных анализов.

Установленных временных рамок на приём пациента врачом, как уже отмечалось, явно недостаточно, следовательно, их необходимо увеличить. Данная мера позволит минимизировать частоту скандалов и жалоб со стороны пациентов, требующих принять их строго согласно временной записи, что в существующих условиях сделать весьма проблематично, а также снизить уровень стресса медицинских работников. Это, в свою очередь, поможет сохранить врачебные кадры ввиду уменьшения коэффициента профессионального выгорания и повышения уровня условий труда медицинских работников.

Для врачей первой линии амбулаторно-поликлинического приема минимальный временной лимит для медицинской консультации должен быть заложен от 30 минут на пациента. Для врачей второй линии: врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта, врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-дерматовенеролога, врача-фтизиатра, врача-хирурга и других врачей узкопрофильных специальностей варьироваться от 45 до 60 минут в зависимости от специальности. Поскольку данный вопрос уже урегулирован нормами права, следует внести вышеприведенные корректировки, касающиеся временных нормативов, отведенных на прием пациента, в действующие приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 г. №290н, от 19.12.2016 г. №973н и от 08.08.2020 г. №810н.

Учитывая тот факт, что увеличение времени врачебного приёма приведёт к уменьшению пропускной способности медицинских организаций и, как следствие, увеличению длительности ожидания па-

циентами медицинской помощи, считаем необходимым предусмотреть введение дополнительных ставок врачей-специалистов, а также уменьшение размеров врачебных участков для терапевтов. Это позволит устранить существующие риски, обеспечив при этом качество медицинской помощи.

Вместе с тем необходимо создать условия для формирования общественного тренда, пропагандирующего культуру посещения медицинских организаций, в частности:

1. отказа от ситуаций, когда в рамках одного визита и одной нормы времени перед врачом ставится пять и выше задач одним пациентом. Напомним, что каждая в отдельности клиническая жалоба требует: сбора анамнеза, осмотра, проведения диагностических манипуляций по необходимости, формирования рекомендаций с последующими разъяснениями для пациента и оформления медицинской документации;

2. отказа от ситуаций, когда пациентом предоставляется чрезмерно большой объем неактуальных результатов исследований за прошлые года в сочетании с настоятельным и безапелляционным требованием их внимательного изучения, что в итоге неизбежно приводит к затрачиванию двух-трёх норм времени врачебного приёма на одного пациента и, как следствие, к существенной задержке приёма всех последующих пациентов.

Создание инфоповодов, социальных роликов, информационных материалов с широким охватом на различных медийных площадках, иллюстрирующих основное содержание работы врача и ожидаемую норму поведения пациента, позволило бы сформировать наиболее эффективную модель взаимодействия между врачом и пациентом с целью рационализации драгоценных минут, отводимых на врачебный приём.

В заключение хотелось бы отметить, что лица, оказывающие социальные услуги, например, работники многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг по принципу «единого окна», как, впрочем, и операцио-

нисты банков, не имеют временного регламента и могут уделять то количество времени клиенту, которое адекватно требуется для решения поступившего запроса, а ведь данные специалисты не несут ответственности за жизни и здоровье людей. В случае высокой загруженности МФЦ принимается

решение об увеличении количества окон обслуживания, а не о сокращении времени на одного клиента. К сожалению, один из законов диалектики работает не всегда: количество принятых за смену пациентов не способствует повышению качества оказанной им медицинской помощи.

Об авторе:

Харитоновна Мария Владимировна — врач-дерматовенеролог ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России; студентка 1 курса магистратуры «Юрист в здравоохранении» юридического факультета ФГАОУ ВО «Национального исследовательского Нижегородского государственного университета имени Н. И. Лобачевского», кандидат медицинских наук, Москва, maharita@yandex.ru

Kharitonova Maria Vladimirovna — dermatovenerologist of the FGBU State Scientific Center for Dermatovenereology and Cosmetology Clinical Diagnostic Center of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow; 1st year student of the Master's degree «Lawyer in Healthcare» of the Faculty of Law N. I. Lobachevsky National Research: State University of Nizhny Novgorod, Candidate of Medical Sciences, Moscow

© Харитоновна М. В., 2024

Для цитирования:

Харитоновна М. В. Эффективность нормы времени, отведённой на приём пациента: взгляд медицинского работника // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 107-111.

For citation:

Kharitonova M. V. The effectiveness of standard times of medical appointment for a person: health professional's view // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 107-111.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 28.01.2024 г.

Шевченко О. А., Свередюк М. Г.

ОБ ИТОГАХ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРАВОВЫЕ
НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, РОБОТ-ХИРУРГИЯ,
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»

В связи с активным развитием в медицине таких направлений как роботизированная хирургия, генная инженерия, нано-системы доставки лекарств, биопринтинг, в юридическом и медицинском сообществах обоснованно возникают вопросы о готовности нормативно-правовой базы для их внедрения в практическую медицину. Для анализа медико-правовой ситуации в данной сфере 15 февраля 2024 года в Краевом государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края была проведена первая на Дальнем Востоке Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Законодательные аспекты и правовые неопределенности новых технологий при осуществлении медицинской деятельности: искусственный интеллект, робот хирургия, генетические и фармацевтические аспекты».

В статье авторами представлен обзор материалов, представленных на конференции, а также основные выводы и предложения резолюции, содержащей предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы для внедрения в медицину новых высоких технологий, направленной в Комитет Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, искусственный интеллект, робот-хирург, уголовная ответственность, дефект медицинской помощи

Olga Shevchenko, Maxim Sverediuk

ON THE RESULTS OF THE ALL-RUSSIAN SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE WITH INTERNATIONAL
PARTICIPATION «LEGISLATIVE ASPECTS AND LEGAL UNCERTAINTIES
OF NEW TECHNOLOGIES IN THE IMPLEMENTATION
OF MEDICAL ACTIVITIES:
ARTIFICIAL INTELLIGENCE, ROBOTIC SURGERY,
GENETIC AND PHARMACEUTICAL ASPECTS»

Due to the active development in medicine of such areas as robotic surgery, genetic engineering, nano-drug delivery systems, bioprinting, questions arise in the legal and medical communities about the readiness of the regulatory framework for their implementation in practical medicine. To analyze the medical and legal situation in this area, on February 15, 2024, the first All-Russian

Scientific and Practical conference with international participation "Legislative aspects and legal uncertainties of new technologies in the implementation of medical activities" was held in the Regional State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education "Institute for Advanced Training of Healthcare Specialists" of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory in the Far East: artificial intelligence, robot surgery, genetic and pharmaceutical aspects". In the article, the authors present an overview of the materials presented at the conference, as well as the main conclusions and proposals of the resolution containing proposals for improving the regulatory framework for the introduction of new high technologies into medicine, sent to the State Duma Committee on Health Protection of the Russian Federation.

Keywords: high-tech medical care, artificial intelligence, robot surgeon, criminal liability, defect in medical care

В Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения в Хабаровске 15 февраля 2024 года прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Законодательные аспекты и правовые неопределенности новых технологий при осуществлении медицинской деятельности: искусственный интеллект, робот хирургия, генетические и фармацевтические аспекты» (далее — Конференция). Тематика Конференции в настоящее время является весьма актуальной. Новые технологии активно внедряются во все сферы жизни, в том числе в медицину.

В работе конференции приняли участие более двухсот ученых, исследователей, практиков и слушателей из различных медицинских, образовательных и научных организаций Российской Федерации и Республики Казахстан.

Открыл конференцию М. Г. Свередюк¹ с докладом «Новые технологии в медицине — готово ли право?».

В своем выступлении автор затронул следующие аспекты:

1. В настоящее время отсутствует надлежащая правовая регламентация, относительно рассматриваемой темы, как в целом, так и применительно к здравоохранению. Сегодня федеральный закон от

21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее 323-ФЗ)² не предусматривает возможность непосредственного внедрения и использования новых высоких технологий в практическую медицинскую деятельность.

2. При наличии дефекта медицинской помощи открытым остается вопрос о надлежащем субъекте ответственности в уголовном, гражданском и других отраслях права.

3. Учитывая основную роль человека, отсутствие достаточной нормативно-правовой регламентации, в настоящее время целесообразно применять искусственный интеллект, медицинских роботов в медицинской деятельности, исключительно, как вспомогательные системы (для оценки баз данных и т. п.).

4. 323-ФЗ нуждается в серьезной доработке, при внедрении новых высоких технологий. Например, диагностика, лечение, являются медицинским вмешательством, которое вправе осуществлять медицинский работник, то есть физическое лицо.

Ряд зарубежных авторов полагает, что роботы могут быть эффективно задействованы в программах реабилитации — они создают атмосферу общения с пациентами, что успокаивает последних, оказыва-

¹ Свередюк Максим Геннадьевич — доцент кафедры «Организация здравоохранения и медицинское право» КГБОУ ДПО ИПКСЗ, заместитель директора Института инновационных медико-эстетических технологий «БИАРРИЦ» по правовым вопросам.

² Федеральный закон от 21.11.2011 (ред. от 25.12.2023) №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/000120111220007> (дата обращения: 04.03.2024).

ет на них положительное эмоциональное воздействие³.

Для проведения диагностических, реабилитационных мероприятий с применением роботизированной техники и (или) искусственного интеллекта, нормы 323-ФЗ требуют доработки. Также в связи с этим требуют корректировки нормы, регулирующие информированное добровольное согласие, отказ от медицинского вмешательства, врачебную тайну и другие.

5. С целью контроля гуманитарных рисков любые решения о внедрении новых высоких технологий обязательно должны проходить тщательное экспертное согласование с этическими комитетами. Предлагается создание данных комитетов, как на уровне профильных органов исполнительной власти, так и на локальном внутриорганизационном уровне. Для надлежащего функционирования комитетов необходимо разработать основополагающие этические принципы использования высоких технологий при оказании медицинской помощи.

Шевченко О. А.⁴ в докладе «Как искусственный интеллект меняет будущее медицины» заострила внимание на проблеме юридической ответственности за дефекты оказания медицинской помощи при использовании искусственного интеллекта, медицинского робота. В настоящее время имеется правовой пробел. Не адаптировано под меняющиеся технологии гражданское и уголовное право. Среди предложений — провести комплексную работу по инвентаризации действующего законодательства, включая 323-ФЗ, а также разработке системных и инновационных нормативно-правовых актов в целях реализации Указа Президента РФ от 28.11.2019 №680 «О развитии генетических технологий в Российской Федерации» и научно-технической програм-

мы развития генетических технологий, которые будут охватывать не только вопросы безопасности, но и общие вопросы использования генетических технологий, геномной инженерии, государственного управления в этой области, мер государственной поддержки научных исследований, внедрения и безопасности лекарственных средств и другие важные вопросы.

Предложения по внесению дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации⁵, были озвучены в докладе В. В. Кулыгина⁶ «Уголовно-правовые аспекты биоэтики: проблемы и перспективы». Предлагается включить статьи, устанавливающие уголовную ответственность за репродуктивное клонирование человека (ст. 120.1 УК РФ), незаконные генетические манипуляции с эмбрионом человека (ст. 120.2 УК РФ).

Проблемы определения субъекта преступления за причинение пациенту тяжкого вреда или смерти при оказании медицинской помощи искусственным интеллектом или роботом-хирургом были проанализированы в докладе А. С. Меньшаковой⁷.

Вопрос, требующий особого внимания при внедрении новых высоких технологий — профилактика киберпреступлений с электронной медицинской документацией, был проанализирован в докладе И. А. Молоковой⁸.

В ходе конференции был затронут широкий круг вопросов применения новых высоких медицинских технологий, в частности:

5 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 29.03.2022) (с изм. И доп. Вступ. В силу с 23.03.2022) // «Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, №25, с. 259.

6 Кулыгин Владимир Владимирович — директор Дальневосточного института (филиал) ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)» в г. Хабаровске, доктор юридических наук, профессор.

7 Меньшакова Ася Сергеевна — адвокат по medico-правовым вопросам (г. Котлас, Архангельская область).

8 Молокова Инна Алексеевна — начальник кадрово-юридического отдела ГАУЗ Свердловской области «Детская городская клиническая больница №11 город Екатеринбург», преподаватель ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» (г. Екатеринбург).

3 Kwon H., An S., Lee H. Y., Cha W. C., Kim S., Cho M., Kong H. J. Review of Smart Hospital Services in Real Healthcare Environments. *Healthc Inform Res.* 2022 Jan;28(1):3-15. doi: 10.4258/hir.2022.28.1.3. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35172086; PMCID: PMC8850169.

4 Шевченко Ольга Александровна — доктор юридических наук, доцент, заведующий кафедрой «Медицинское право» ФГБОУ ВО «Тихоокеанские государственные университет», Заслуженный юрист Хабаровского края.

- в сфере онкологии с докладом «Правовые аспекты персонализированного подхода в онкологии на основании молекулярно-генетических исследований» выступил А. С. Зенюков⁹;
- в сфере офтальмологии с докладом «Возможности искусственного интеллекта в офтальмологии» выступил М. В. Пшеничников¹⁰;
- в сфере клинической психологии и психотерапии с докладом «Если искусственный интеллект психопат или невротик?» выступила А. Р. Примачева¹¹;
- генетика была представлена докладом Н. В. Сикоры¹² «Этические вопросы неонатального скрининга»;
- с позиции фармации внедрение новых высоких технологий проанализировано в докладе «Персонифицированная фармация — правовые аспекты внедрения новых технологий» Н. В. Абросимовой¹³;
- реализация новых технологий в многопрофильном частном медицинском центре озвучено в докладе «Медицинские информационные системы как новые технологии облегчат жизнь учреждениям и пациентам». А. А. Морозова¹⁴;
- в сфере торакальной хирургии с докладом «Правовое регулирование современных эндоскопических торакальных

вмешательств» выступил К. П. Топалов¹⁵;

- вопрос о необходимости включения нового вида медицинской помощи — паллиативная медицинская помощь недоношенным детям был поднят в докладе «Будущее без будущего» Д. А. Яхиевой-Онихимовской¹⁶.

Конференции была проведена с международным участием. Коллеги из Республики Казахстан А. Т. Мусаев, М. Б. Кудайбергенов, Ж. Ж. Нургалиева, Ж. М. Нурмаханова, С. М. Зикриярова, А. Б. Хабижанов, Д. М. Бегимбекова, А. И. Нуфтиева, выступили с докладами «Правовая регламентация применения искусственного интеллекта при разработке медицинских технологий» и «Проблемные вопросы внедрения новых технологий и определения правового статуса медицинского работника службы скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».

Тематика конференции была посвящена рассмотрению вопросов готовности нормативных правовых актов в здравоохранении к внедрению таких технологий, как искусственный интеллект, медицинские роботы, генетическая инженерия, биопринтинг и т. п.

По итогам конференции была принята резолюция, направленная в Комитет Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья.

Основные выводы и предложения, включенные в Резолюцию:

1. В настоящее время имеется существенный правовой пробел в регулировании высокотехнологичной медицинской помощи с использованием новых технологий (генетических, информационных и др.) Новые технологии — в том числе биотехнологии и информационные технологии — предоставляют человеку, бизнесу, обществу и государству новые возможности, однако

9 Зенюков Артем Сергеевич — заместитель главного врача по хирургической помощи КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии», к. м. н., доцент кафедры онкологии и патоморфологических дисциплин КГБОУ ДПО ИПКСЗ.

10 Пшеничников Максим Валерьевич — заместитель директора по медицинской части МНТК «Микрохирургия глаза» (г. Хабаровск), к. м. н.

11 Примачева Альфия Рафиковна — клинический психолог, врач психиатр-нарколог, психотерапевт, гипнотерапевт (г. Москва).

12 Сикора Наталья Владимировна — заведующая медико-генетической консультацией КГБУЗ «Перинатальный центр им. профессора Г. С. Постола».

13 Абросимова Наталья Васильевна — заведующая кафедрой фармации КГБОУ ДПО ИПКСЗ, к.ф.н., доцент.

14 Морозов Андрей Александрович — генеральный директор Общества с ограниченной ответственностью «Управляющая компания сетью медицинских диагностических центров».

15 Топалов Климентин Петрович — к. м. н., заведующий кафедрой организации сестринского дела КГБОУ ДПО ИПКСЗ

16 Яхиева-Онихимовская Дарья Алиевна — заведующий кафедрой сестринского дела в педиатрии КГБОУ ДПО ИПКСЗ, к.м.н., доцент.

одновременно влекут за собой и серьезные риски, затрагивая фундаментальные права человека (на жизнь, здоровье, идентичность, благоприятную окружающую среду и др.). При развитии новых технологий, выходе их на уровень консультативного либо самостоятельного оказания медицинской помощи (без участия медицинского работника), законодательство, в том числе о здравоохранении, не актуализировано.

2. Признать необходимым совершенствование нормативной правовой базы, а именно:

- актуализировать Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части оказания высокотехнологичной медицинской помощи и применения высоких технологий (искусственный интеллект, медицинских роботов, геномной инженерии);
- обратить внимание на необходимость закрепления в законодательстве обязанности органов исполнительной власти и медицинских организаций по формированию комитетов по этике для контроля рисков при внедрении высоких технологий с обязательным включением в их состав медицинских работников, IT-специалистов, юристов;
- отметить, что новые высокие технологии требуют принятия специальных этических и (или) правовых актов, закрепляющих основные принципы, запреты, ограничения при работе с ними;
- признать необходимым совершенствование действующего законодательства по вопросу юридической ответственности за нарушения, связанные с использованием высоких технологий, в том числе при оказании медицинской помощи. В частности, внесение в Уголовный кодекс Российской Федерации нормы, устанавливающей уголовную ответственность за репродуктивное клонирование человека (ст. 120.1 УК РФ), незаконные генетические манипуляции с эмбрионом человека (ст. 120.2 УК РФ);
- отметить существенное значение роли человека при применении искусственного интеллекта, рассматривать медицинского робота исключительно, как вспомогательную систему;
- проработать вопрос по формированию дополнительных мер (средств) защиты информации соответствующих развивающимся высоким технологиям. В частности, от несанкционированного доступа и самостоятельного разглашения информации, врачебной тайны искусственным интеллектом, медицинским роботом;
- обратить внимание на необходимость разработки системных и инновационных нормативно-правовых актов в целях реализации Указа Президента РФ от 28.11.2019 №680 «О развитии генетических технологий в Российской Федерации» и научно-технической программы развития генетических технологий на период с 2019 по 2027 год, которые будут охватывать не только вопросы безопасности, но и общие вопросы использования генетических технологий, геномной инженерии, государственного управления в этой области, мер государственной поддержки научных исследований, внедрения и безопасности лекарственных средств и другие важные вопросы.
- отметить необходимость в организации психологической помощи (реабилитации) медицинских работников, которые тесно работают с искусственным интеллектом, с целью предотвращения эмоционального выгорания;
- проработать вопрос по разработке и принятию медицинского протокола по перинатальной паллиативной помощи, а также последующего открытия хосписа по оказанию перинатальной паллиативной помощи в составе следующих специалистов: врач-акушер гинеколог, неонатолог, психолог, фотограф, юрист, специалист по социальной работе, священник.

Об авторах:

Шевченко Ольга Александровна — заведующий кафедрой «Медицинское право» ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет», доктор юридических наук, доцент, заслуженный юрист Хабаровского края, Хабаровск, 7448502@mail.ru

Свередюк Максим Геннадьевич — доцент кафедры «Организация здравоохранения и медицинское право» КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, заместитель директора по правовым вопросам Института инновационных медико-эстетических технологий «Биарриц», Хабаровск, uristms27@bk.ru

Olga Aleksandrovna Shevchenko — Head of the Department of Medical Law, Pacific State University, Doctor of Law, Associate Professor, Honored Lawyer of the Khabarovsk Territory, Khabarovsk

Maxim Gennadievich Sverediuk — associate Professor of the Department of health care organization and medical law of the Territorial State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education «Postgraduate Institute for Public Health Workers» under the Health Ministry of Khabarovsk Territory, deputy Director for Legal Affairs of the Institute of Innovative Medical and Aesthetic Technologies «Biarritz», Khabarovsk

© Шевченко О. А., Свередюк М. Г., 2024

Для цитирования:

Шевченко О. А., Свередюк М. Г. Об итогах всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Законодательные аспекты и правовые неопределенности новых технологий при осуществлении медицинской деятельности: искусственный интеллект, робот хирургия, генетические и фармацевтические аспекты» // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 112-117.

For citation:

Shevchenko O. A., Sverediuk M. G. On the results of the all-russian scientific and practical conference with international participation «Legislative aspects and legal uncertainties of new technologies in the implementation of medical activities: artificial intelligence, robotic surgery, genetic and pharmaceutical aspects» // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 112-117.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 5.04.2024 г.

Шкитин С. О., Березников А. В.

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ПРОФИЛАКТИКА ЗА СЧЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Практическая возможность профилактики респираторно-синцитиальной вирусной инфекции за счет средств обязательного медицинского страхования есть реализация права гражданина на доступную и качественную медицинскую помощь. Гарантом реализации такого права является финансовое обеспечение и постоянный контроль проведения профилактического мероприятия по показаниям, установленным законом и подзаконными актами. Следование правовым нормам ассоциируется с оказанием надлежащей медицинской помощи и предотвращает правовые и финансовые риски медицинских организаций.

Ключевые слова: респираторно-синцитиальная вирусная инфекция, обязательное медицинское страхование, иммунопрофилактика, Паливизумаб

Sergey Shkitin, Alexey Bereznikov

RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS INFECTION: PREVENTION THROUGH COMPULSORY HEALTH INSURANCE

The practical possibility of preventing respiratory syncytial viral infection at the expense of compulsory medical insurance is the realization of the citizen's right to affordable and high-quality medical care. The guarantor of the implementation of such a right is financial support and constant control of the implementation of preventive measures according to the indications established by law and by-laws. Compliance with legal norms is associated with the provision of appropriate medical care and prevents legal and financial risks for medical organizations.

Keywords: respiratory syncytial virus infection, compulsory medical insurance, immunoprophylaxis, Palivizumab

Актуальность

В настоящем, в эпоху больших перемен, перед нашим государством и обществом стоит задача по воспитанию здорового поколения для достижения высоких показателей ожидаемой продолжительности и качества жизни, полноценной реализации человеческого потенциала. Здоровье нации необходимо выстраивать, начиная со здорового детства, что соотносится с глобальной задачей Федерального проекта «Развитие детского здравоохранения» и приоритетом охраны здоровья детей, установленным Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здо-

ровья граждан в Российской Федерации»¹ (далее — Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан).

В первые дни, месяцы и годы жизни дети нуждаются в выхаживании, так как беззащитны, не имеют сформированного иммунитета, а значит подвержены инфекционным заболеваниям. Одной из ведущих проблем в профилактике инфекций у детей является высокая распространенность заболеваний дыхательных путей — это входные ворота для вирусного агента.

¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 28.05.2024).

Общий обзор

Основной причиной заболеваний дыхательных путей у детей является респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) — возбудитель РСВ-инфекции, составляющей 7% от общего числа детской, в том числе младенческой, смертности.

У детей первого года жизни заболевание часто характеризуется воспалительным поражением бронхов, бронхообструкцией и выраженной дыхательной недостаточностью, вплоть до развития полной невозможности вдоха. РСВ-инфекция в тяжелой форме требует экстренной госпитализации и кислородной поддержки в реанимации.

Против РСВ-инфекции вакцины нет, но такую инфекцию все же можно предотвратить. Показания к проведению профилактики РСВ-инфекции описаны Минздравом России в клинических рекомендациях по острому бронхиту, муковисцидозу, острой респираторной вирусной инфекции и внебольничной пневмонии. Клинические рекомендации, согласно статье 37 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан, обязательны к исполнению всеми медицинскими организациями.

Профилактика проводится в осенне-зимний сезон путем ежемесячной пассивной иммунизации препаратом Паливизумаб (моноклональные антитела, препятствующие заражению организма инфекцией) детей первого, а в ряде случаев и второго, года жизни из групп риска. К группам риска относятся, к примеру, недоношенные, дети со значимыми врожденными пороками сердца и бронхолегочной дисплазией — их более 4% от всей новорожденных.

Пассивная иммунизация препятствует проникновению вируса в клетки эпителия дыхательного тракта. В клинических исследованиях доказано, что пассивная иммунизация уменьшает частоту госпитализаций детей из групп риска тяжелого течения РСВ-инфекции более чем в 2 раза, а также частоту летальных исходов — более, чем в 4 раза.

На основании положительного опыта иммунизации широко обсуждается необходимость всесезонной профилактики РСВ-инфекции — в особенности с учетом

преобладающего умеренного и субарктического климата в России, что увеличивает вероятность инфицирования при несформированном иммунитете.

На необходимость осуществления профилактики РСВ-инфекции ни раз обращал внимание главный внештатный специалист по инфекционным болезням детей Минздрава России и ФМБА, директор ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, академик РАН Ю. В. Лобзин — как в научных публикациях, так и при обращении в информационном письме в региональные министерства и в адрес главных внештатных специалистов в марте 2023 года².

Доступность помощи, препятствующей развитию РСВ-инфекции, следует из возможности ее бесплатного получения за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС), что, в соответствии со статьей 4 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»³, соотносится с государственными гарантиями соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика как одним из основных принципов осуществления ОМС.

Это прямо предусмотрено программой государственных гарантий на текущий 2024 год и последующие 2025–2026 годы. Система ОМС компенсирует медицинскому учреждению понесенные затраты, связанные с введением препарата, то есть деньги на

2 ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентства» Информационное письмо от 13.03.2023 №01-21/307 «О рекомендуемых сроках проведения иммунопрофилактики респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей из групп риска» // URL: <http://niidi.ru/news/informatsionnoe-pis-mo-o-rekomenduemykh-srokakh-provedeniya-immunoprofilaktiki-respiratorno-sintsital-noy-virusnoy-infe/> (дата обращения: 28.05.2024).

3 Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 28.05.2024).

это уже запланированы на правительственном уровне.

Для практической возможности получения детьми иммунизации необходим постоянный контроль в клинической практике, позволяющий выявлять системность дефектов, выявлять их причины, а также предлагать способы их устранения так, чтобы они не повторялись в будущем.

Основные проблемы

Как наиболее распространенный вид контроля в отечественной медицине экспертиза в ОМС считает отсутствие иммунизации Паливизумабом существенным недостатком в оказании медицинской помощи, взаимосвязанным с риском последующего заражения вирусом и формирования легочно-сердечной недостаточности.

Для системности проведения экспертиз в ОМС дирекцией медицинской экспертизы АльфаСтрахование – ОМС в 2024 году разработана методика SINUS. В соответствии с новой методикой перед экспертами, проверяющими качество медицинской помощи детям первых двух лет жизни ставится дополнительный вопрос: была ли проведена иммунизация ребенка против РСВ-инфекции при наличии клинических показаний?

Так, по итогам 3000 независимых экспертиз качества медицинской помощи экспертами-неонатологами, педиатрами и инфекционистами АльфаСтрахование – ОМС (в больницах Кемеровской, Челябинской, Тюменской, Омской, Ростовской, Тульской, Тверской, Брянской, Новгородской, Мурманской областей, Республике Башкирия, ХМАО-Югре и Краснодарском крае) установлено следующее. Эксперты при ответе на заданный нами вопрос отвечали, что иммунизацию не проводили в 54,0% случаев, признавая это дефектом медицинской помощи. Причем в некоторых лечебных учреждениях дефектура доходила до 100%, то есть иммунизацию не проводили никому.

При выборочном опросе 30 врачей детских специальностей, которые оказывали дефектную медицинскую помощь, оказалось, что все они информированы о необходимости проведения иммунопрофилактики

согласно требованиям клинических рекомендаций.

Перед началом осеннего сезона 2024 года важно изучить причины отказа детских больниц от проведения иммунизации. Как выяснилось, это прежде всего, недостаточно выделенные объемы по договору со страховой компанией и фондом ОМС, а также отсутствие закупки препарата для проведения иммунизации.

В таком случае применение финансовых санкций к медицинским учреждениям вполне оправдано. С одной стороны, это мотивирует их соблюдать федеральное законодательство, а с другой — возврат денег в систему ОМС позволяет компенсировать относительно небольшую, даже без учета эпидемий, часть затрат российского здравоохранения на лечение последствий РСВ-инфекции у детей, у которых она возникла на фоне отсутствия иммунизации.

С учётом системности, типичности обсуждаемого дефекта для устранения его причин необходимо формирование системы управления планированием помощи для предоставления детским больницам дополнительных объемов для иммунизации от РСВ-инфекции.

Для того, чтобы медицинские учреждения могли проводить иммунопрофилактику в сезоне ноябрь 2024 – март 2025 годов, уже сейчас, в середине календарного года, им необходимо обращаться в тарифную комиссию за выделением дополнительных объемов госпитализаций — как в дневном, так и в круглосуточном стационаре.

Для составления письма с текстом обращения медицинской организации в тарифную комиссию субъекта РФ возможно воспользоваться экспертными материалами, включающими в себя проекты двух документов — в приложении №1⁴ представлен проект письма в тарифную комиссию, а в приложении №2⁵ приведён образец подготовки экономического обоснования необходимости выделения дополнительных объемов финансирования и госпитализаций по поводу РСВ-инфекции.

4 <https://med-law.ru/files/391/prilozhenie-1-k-state-rsv.docx>

5 <https://med-law.ru/files/391/prilozhenie-2-k-state-rsv.xlsx>

С учетом роста информированности родителей о правах их детей на оказание профилактической помощи в полном соответствии с установленными законом требованиями, это позволит повысить удов-

летворенность населения медицинской помощью, а также предотвратить неблагоприятные исходы у детей, формирующих основу нашего будущего трудоспособного населения.

Об авторах:

Шкитин Сергей Олегович — заместитель медицинского директора АльфаСтрахование – ОМС, доцент кафедры диетологии Медицинского института непрерывного образования Росбиотеха, кандидат медицинских наук, эксперт Всероссийского союза страховщиков, Москва, ishkitin@gmail.com

Березников Алексей Васильевич — медицинский директор АльфаСтрахование – ОМС, заведующий кафедрой диетологии Медицинского института непрерывного образования Росбиотеха, доктор медицинских наук, руководитель рабочей группы по организации обязательного медицинского страхования Всероссийского союза страховщиков, Москва

Sergey Olegovich Shkitin — Deputy Medical Director of AlfaStrakhovanie – OMS, Associate Professor of the Department of Dietetics of the Medical Institute of Continuing Education of Rosbiotech, candidate of Medical Sciences, expert of the All-Russian Union of Insurers, Moscow

Alexey Vasilyevich Bereznikov — Medical Director of AlfaStrakhovanie – OMS, Head of the Department of Dietetics of the Medical Institute of Continuing Education of Rosbiotech, doctor of Medical Sciences, Head of the Working Group on the Organization of Compulsory Medical Insurance of the All-Russian Union of Insurers, Moscow

© Шкитин С. О., Березников А. В., 2024

Для цитирования:

Шкитин С. О., Березников А. В. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция: профилактика за счет обязательного медицинского страхования // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №1-2 (23-24). С. 118-121.

For citation:

Shkitin S. O., Bereznikov A. V. Respiratory-syncytial viral infection: prevention at the expense of compulsory medical insurance. Medical Law: Theory and Practice. 2024. №1-2 (23-24). P. 118-121.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 31.05.2024 г.

Сообщения

Настоящим редакция уведомляет о том, что в предыдущем выпуске журнала Медицинское право: теория и практика (2023. Т. 9. №3-4 (21-22)) в статье «О ковид-диссидентстве, как явлении социальной жизни во время COVID-19» авторов Г. А. Кесаевой, А. А. Ремизовой, С. Р. Чеджемова на стр. 37 была осуществлена неверная ссылка на публикацию У. З. Артамоновой «Пандемия COVID-19: вызовы и возможности для публичной дипломатии России и США // США и Канада: экономика, политика, культура. 2021. №6. С. 89-110.», которая в пристатейном списке литературы на стр. 44 была указана под №2.

Авторами была допущена техническая погрешность, состоявшая в сохранении публикации У. З. Артамоновой в пристатейном списке литературы с указанием ссылки на неё в тексте статьи при редактировании работы перед отправкой для опубликования. Они, будучи знакомыми с содержанием статьи У. З. Артамоновой, не могли желать и не желали сослаться на неё, как на работу, стоящую на позициях ковид-диссидентства. В связи с произошедшей технической ошибкой У. З. Артамоновой приносятся извинения.

Соответственно, всем читателям издания при подготовке своих научных публикаций не следует осуществлять какие-либо ссылки и упоминать каким бы то ни было образом статью У. З. Артамоновой в контексте, в котором она была указана в работе Г. А. Кесаевой, А. А. Ремизовой, С. Р. Чеджемова, а именно, как материал, относящийся к направлению ковид-диссидентства.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

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

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ

СТАТЬЯ ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ ПРОФИЛЮ И УРОВНЮ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ЖУРНАЛА. ВСЕ СТАТЬИ ПОДВЕРГАЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ НЕЗАВИСИМОМУ РЕЦЕНЗИРОВАНИЮ СООТВЕТСТВУЮЩИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПО ПРОФИЛЮ РЕЦЕНЗИРУЕМОЙ РАБОТЫ. В СЛУЧАЕ ПРИЗНАНИЯ СТАТЬИ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ, АВТОРУ НАПРАВЛЯЕТСЯ МОТИВИРОВАННЫЙ ОТКАЗ В ПУБЛИКАЦИИ.

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА НЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕДОСТОВЕРНОСТЬ ПУБЛИКУЕМЫХ ДАННЫХ И ВОЗМОЖНЫЙ УЩЕРБ, ПРИЧИНЕННЫЙ ПУБЛИКАЦИЕЙ ИНТЕРЕСАМ ТРЕТЬИХ ЛИЦ. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОДЕРЖАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕННОЙ И ОПУБЛИКОВАННОЙ РАБОТЫ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА АВТОРА (АВТОРОВ) СТАТЬИ.

ПЛАТА ЗА ПУБЛИКАЦИЮ РУКОПИСЕЙ НЕ ВЗИМАЕТСЯ. АВТОРСКИЕ ГОНОРАРЫ НЕ ВЫПЛАЧИВАЮТСЯ. РЕКЛАМНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПУБЛИКУЮТСЯ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ РЕДАКЦИОННОЙ ПОЛИТИКЕ И ЗА ПЛАТУ, РАЗМЕР КОТОРОЙ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПО СОГЛАСОВАНИЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН.

НАПРАВЛЯЯ СТАТЬЮ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛ, АВТОР СОГЛАШАЕТСЯ, В СЛУЧАЕ ЕЁ ПРИНЯТИЯ, С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ К ТЕКСТУ РАБОТЫ НА САЙТАХ РАЗМЕЩЕНИЯ ИЗДАНИЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ.

НАПРАВЛЕНИЕ В РЕДАКЦИЮ РАНЕЕ ОПУБЛИКОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИЛИ УЖЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДРУГИЕ ИЗДАНИЯ, НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ

ОБЪЕМ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ОБЗОРНЫХ СТАТЕЙ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ДВАДЦАТИ ТЫСЯЧ (20 000) ЗНАКОВ. ОБЪЕМ ПУБЛИКАЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ, РЕЦЕНЗИИ – ДО ДЕСЯТИ ТЫСЯЧ (10 000) ЗНАКОВ; ИНФОРМАЦИОННЫЕ СООБЩЕНИЯ – ДО ПЯТИ ТЫСЯЧ (5 000) ЗНАКОВ. ПРОБЕЛЫ, А ТАКЖЕ ОБЪЕМ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ СПИСКИ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЭТОМ УЧИТЫВАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ.

ТЕКСТ РАБОТЫ И ПРИЛАГАЕМЫЕ К НЕМУ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ, ОРФОГРАФИЧЕСКИХ И СТИЛИСТИЧЕСКИХ ОШИБОК.

В КАЧЕСТВЕ РЕДАКТОРА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЛЮБОЙ ТЕКСТОВЫЙ ПРОЦЕССОР (MICROSOFT WORD, TEXTEDIT, OPENOFFICE И ДР.). ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТАТЬИ *.DOC, *.DOCX, *.RTF ИЛИ *.ODT.

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

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

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

НУМЕРАЦИЯ СТРАНИЦ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНА.

ТАБЛИЦЫ ОФОРМЛЯЮТСЯ ПОДОБНО ОСНОВНОМУ ТЕКСТУ. ТАБЛИЦЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ, ИМЕТЬ НАЗВАНИЯ, ЗАГОЛОВКИ ГРАФ И СТРОК, БЫТЬ НАГЛЯДНЫМИ, НЕ ПЕРЕГРУЖЕННЫМИ. ДОПУСКАЕТСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ТАБЛИЦ, А ТАКЖЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НА НЕСКОЛЬКИХ СТРАНИЦАХ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В ТАБЛИЦАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ГРАФИКОВ И ДИАГРАММ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАБЛИЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ (MICROSOFT EXCEL, OPENOFFICE).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ИСХОДНОГО ФАЙЛА ИСПОЛЬЗОВАННОГО ТАБЛИЧНОГО РЕДАКТОРА, А НЕ ТОЛЬКО ПОСТРОЕННОГО НА ЕГО ОСНОВАНИИ ИЗОБРАЖЕНИЯ, ВНЕДРЕННОГО ВОСНОВНОЙ ТЕКСТ СТАТЬИ. ПРИ ОТСУТСТВИИ ИСХОДНЫХ ФАЙЛОВ ГРАФИКИ И ДИАГРАММЫ БУДУТ ИСКЛЮЧАТЬСЯ ИЗ ПУБЛИКАЦИИ.

ПРИ НАЛИЧИИ ИЗОБРАЖЕНИЙ, СОЗДАВАЕМЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРАФИЧЕСКИХ РЕДАКТОРОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ИСХОДНЫЙ ФАЙЛ В ОДНОМ ИЗ СТАНДАРТНЫХ ФОРМАТОВ (*.TIF, *.JPG, *.BMP, *.WMF, *.EMF И ДР.) В РАЗРЕШЕНИИ НЕ МЕНЕЕ 300 ТОЧЕК НА ДЮЙМ.

ВСЕ РИСУНКИ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, ИДЕНТИЧНЫЙ УКАЗАННОМУ В ТЕКСТЕ СТАТЬИ, ЗАГЛОВОК, УКАЗАННЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОД ИЗОБРАЖЕНИЕМ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В РИСУНКАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ФОРМУЛЫ, ВЫРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В ФОРМУЛЬНЫХ РЕДАКТОРАХ: MICROSOFT EQUATION, MATHTYPE И ДР.

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

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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

НАЗВАНИЕ ПУБЛИКАЦИИ

АННОТАЦИЯ

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

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

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

ССЫЛКИ НА НЕОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ.

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

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

К РАССМОТРЕНИЮ ПРИНИМАЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ В АДРЕС РЕДАКЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ NIMP@MED-LAW.RU ИЛИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ. В СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ, НАЗВАНИЕ РАБОТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ФОРМАТЫ ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ЭЛЕКТРОННЫЕ НОСИТЕЛИ НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА