МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО РОССИИ

МАТЕРИАЛЫ

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Ярославль

19-20 июня 2015 года

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

2015

Всероссийская научно-практическая конференция

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО РОССИИ

Ярославль, 19-20 июня 2015 года

Организатор

Национальный институт медицинского права

при поддержке

Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья

Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова

Ярославского государственного медицинского университета

Ивановской государственной медицинской академии

с участием

кафедры медицинского права Первого МГМУ

кафедры судебной медицины с правоведением ЯГМА

кафедры судебной медицины и правоведения ИГМА

Национальный институт медицинского права

Материалы
Всероссийской научно-практической конференции

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО РОССИИ

Ярославль, 19-20 июня 2015 года

Москва
2015

УДК 614.256(0.06/01)+340.66
ББК 58.67.4
П78

П78 Медицинское право России: материалы Всероссийской научно-практической конференции. М.: Национальный институт медицинского права, 2015. 489 с.

ISBN 978-5-9904143-3-4

Редакционная коллегия:

председатель

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова

члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины, правоведения и биоэтики Ивановской ГМА, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области

Павлова Юлия Владимировна – к.ю.н., доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова

Поспелова Светлана Игоревна – к.ю.н., доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова

Каменская Наталья Андреевна – к.ю.н., доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова

В сборнике представлены работы представителей научного, медицинского и юридического сообщества, изучающих проблемы в сфере правового регулирования медицинской деятельности, экспертной и юридической практики. Материалы могут представлять интерес для руководителей медицинских организаций, практикующих врачей различных специальностей; руководителей и юрисконсультов юридических отделов медицинских организаций; руководителей и сотрудников государственных экспертных организаций; представителей органов управления здравоохранения, медицинской индустрии и промышленности; экспертов и специалистов страховых медицинских организаций и других заинтересованных лиц.

УДК 614.256(0.06/01)+340.66
ББК 58.67.4

© Национальный институт медицинского права, 2015

Содержание

XX ЛЕТ КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА им. И. М. СЕЧЕНОВА

Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Каменская Н. А., Поспелова С. И., Журилов Н. В.
ПЕРВОЙ РОССИЙСКОЙ КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА ПЕРВОГО МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА – XX ЛЕТ 17

Сергеев Ю.Д.
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО» – ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТРИБУНА СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ МЕДИЦИНЫ И ПРАВА 27

РАЗДЕЛ I. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бобровская О.Н.
К ВОПРОСУ О ДЕФЕКТАХ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 33

Войтенков Е. А.
ПРАВОВЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 40

Гоглова О.О., Гоглова Ю.О.
СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: МОРАЛЬНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ 45

Доронина Л.А.
ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ – ФАКТОР, ОГРАНИЧИВАЮЩИЙ ПРАВО ГРАЖДАН НА БЕСПЛАТНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 50

Калецкий Е.Г.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ ГРАЖДАНАМИ ОБЯЗАННОСТИ ПО СОХРАНЕНИЮ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 56

Канунникова Л.В.
ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИЗ ОПЫТА СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ 62

Кузьмин С. Б.
ЮРИДИЧЕСКАЯ И НРАВСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 67

Кузьмин С. Б.
ОСОБЕННОСТИ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 72

Куранов В. Г., Семешко А. И.
ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОРМ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ 77

Максимов И. Л.
ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 83

Насырова А. Н.
НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 87

Павлова Ю. В.
СИСТЕМА МЕР ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ 92

Породенко В. А., Ломакина Л. И., Травенко Е. Н., Ильина А. В.
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ИЗУЧЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРАВОВЫМИ СРЕДСТВАМИ 99

Поспелова С. И., Форверц А. Ю.
НОВЕЛЛЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 20 ИЮЛЯ 2012 г. № 125-ФЗ «О ДОНОРСТВЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ» 106

Самутичева Е. Ю.
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? 113

Семешко А. И., Куранов В. Г.
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ НОРМ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 120

Сергеев Ю.Д., Концевая А.Ю.
УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ДОЛЖНОСТНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОСТОЯНИЕ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ 127

Скребнева Н. А.
МЕЖДУНАРОДНОЕ ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОТНОШЕНИЙ 134

Смирнова О. А.
ОСНОВНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 139

Такаева М. К., Сундуков Д. В., Даурова Ф. Ю.
МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЛУЧАЯХ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 144

Тимофеев И. В.
КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВЫХ И МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ 148

Тимофеева М. Ю.
ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 156

Фарбер Е. В.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИЧЕСКИХ И ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ 162

Чертухина О. Б., Бальзамова Л. А., Есина М. В.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ИНФОРМАЦИЕЙ В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ВЫБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ВРАЧА 169

РАЗДЕЛ II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.
ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ СПОРАХ 177

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.
ПРОВЕДЕНИЕ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ СВЯЗАННЫХ С ДЕФЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИИ 180

Барканов В.Б., Горячев А.Н., Колченко В.А.
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СЛУЧАЯХ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ С МАССОВОЙ ГИБЕЛЬЮ ЛЮДЕЙ 189

Белянский К.Д., Борисов А.В., Налётова Д.М.
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 195

Богомолов Д.В., Кульбицкий Б.Н., Путинцев В.А.
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ И ЗАДАЧАХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКОТОРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ 200

Ерофеев С.В., Каменская Н.А., Кукушкина И.С., Малахов Н.В., Павлова Ю.В.
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ 205

Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Бугаев Д.А.
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 217

Ерофеев С. В., Шишкин Ю. Ю., Потанькина Т. В.
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В АНАЛИЗЕ СЛУЧАЕВ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 222

Кирова Т. А.
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ ПРАВА ЗАНИМАТЬСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ.....228

Князев Е. Г., Таевский А. Б.
ЭКСПЕРТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОБЛЕМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ..... 234

Косухина О. И.
ИЗУЧЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 243

Купрюшин А. С., Левашов И. А., Галеева Р. Т.
ХАРЕКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧЕТЫРЕХ РЕГИОНАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА 248

Лобан И.Е., Исаков В. Д., Лаврентюк Г.П., Быховская О. А., Филатов А. И.
СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ И ПРЕСТУПЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (по материалам СПб ГБУЗ «БСМЭ» 2009-2014 гг.) 259

Малахов Н. В., Токарева Е. М.
О СОВРЕМЕННЫХ ОСОБЕННОСТЯХ РАБОТЫ ОТДЕЛА СЛОЖНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ДЕЛАМ О ПРАВОНАРУШЕНИЯХ СОВЕРШЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ 265

Манин А. И., Манин О. И., Баринов Е. Х., Ромодановский П. О.
ИЗУЧЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК И ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ 271

Михеева Н. А., Баринов Е. Х.
КОНФЛИКТ «ПАЦИЕНТ – ВРАЧ» ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЛАСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ 274

Молин Ю. А., Воронцов Г. А.
НИКОЛАЙ I: К УСТАНОВЛЕНИЮ ПРИЧИНЫ И РОДА СМЕРТИ 281

Низамов А. Х., Газизянова Р. М., Тимерзянов М.И., Хасанова Г. Р.
НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ С УЧЕТОМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ 290

Плетянова И. В., Спиридонов В. А.
ПРОБЛЕМА РАЗНЫХ ВЫВОДОВ КОМИССИОННЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В АКУШЕРСТВЕ 296

Повзун С. А.
О НЕОБХОДИМОСТИ ВЫРАБОТКИ ОФИЦИАЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ «ДЕФЕКТ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» 303

Повзун С. А., Ильина В. А., Ермолаева М. М., Бородай Е. А.
РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ И ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА КАК ПРИЧИНА КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ..... 308

Романова О. Л., Сундуков Д. В., Голубев А. М.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ КЛОЗАПИНОМ И ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С ЭТИЛОВЫМ АЛКОГОЛЕМ 312

Спиридонов В. А.
СЛУЧАИ НЕУДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА С ОТСЕЧЕНИЕМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: «ВРАЧЕБНОЕ» ДЕЛО 1872 ГОДА 317

Степанов И. О.
ОСНОВАНИЯ ДЕЛИКТНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНОВ И ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ В ПРАВООТНОШЕНИЯХ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПРЕПАРАТАМИ, ИЗМЕНЯЮЩИМИ ЕГО ТЕЧЕНИЕ (ПИТРС)..... 324

Сухарева М. А., Балашова И. Л., Михеева Н. А., Баринов Е. Х., Ромодановский П. О.
О КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ – СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ И ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ..... 331

Фокин М. М., Желтков Д. А., Райтер М. Б.
ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РАССМОТРЕНИИ СПОРОВ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 340

Фокин М. М., Райтер М. Б.
«ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО» В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ: ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ СИСТЕМЫ ПРАВОСУДИЯ 347

Целоусова С. А., Костяев И. В., Гольман Е. А., Муравьева М. М.
О КАЧЕСТВЕ И ДЕФЕКТАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ..... 356

РАЗДЕЛ III. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ПРАВОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Балтуцкая О.И.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА 365

Евдокимова А. Н.
ЭФФЕКТИВНАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕРА АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 371

Елина Н. К.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 376

Породенко В. А., Ломакина Л. И., Травенко Е. Н., Быстрова Е. И.
АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА БУДУЩИМИ ВРАЧАМИ 380

Тимофеева М. Ю.
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ «ДЕЛОВОЙ ИГРЫ» В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДЛЯ УГЛУБЛЕННОГО ИЗУЧЕНИЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ (на примере Закона «О защите прав потребителей») 387

РАЗДЕЛ IV. МАТЕРИАЛЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА КАФЕДРЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА ПЕРВОГО МГМУ им. И.М. СЕЧЕНОВА

Алиева Д. А.
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РФ 397

Алымов А. А.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ПОСЛЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА 404

Демина Н. Н.
ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ВАКЦИНАЦИЯ 408

Кагадеева С.О.
ПРОБЛЕМА ФАЛЬСИФИКАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ТЕРРИТОРИИ РФ 414

Кара Л.А.
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ОБЪЕКТАХ УИС 421

Карпушина А. В.
ПОРЯДОК ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБРАЩЕНИЯ БАДов НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ РФ 427

Кобзев Г. С.
ВЛИЯНИЕ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ 433

Компанеец И. В.
ПРАВОВОЙ ПОРЯДОК РЕГУЛИРОВАНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НА ТЕРРИТОРИИ РФ 438

Кочина Е. В.
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ И ОТКАЗ ОТ НЕЕ 443

Кочина Е.В., Фомичева А.А.
ЕДИНОВРЕМЕННАЯ СУБСИДИЯ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛЬЯ, КАК ЭЛЕМЕНТ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПРАВОВОЙ ПОДДЕРЖКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ 447

Кудряшова З. В.
ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ 453

Мандрыка Е. А.
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 459

Мартынова К. В., Портнова Е. В.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 464

Тимофеев Ю. С.
ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 474

Фомичева А. А.
РОЛЬ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 479

Шувалова А.С.
НЕКОТОРЫЕ ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 485

XX лет

кафедре медицинского права

Первого Московского государственного медицинского

университета им. И. М. Сеченова

Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Каменская Н. А., Поспелова С. И., Журилов Н. В.

ПЕРВОЙ РОССИЙСКОЙ КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА ПЕРВОГО МГМУ им. И.М. СЕЧЕНОВА – 20 ЛЕТ

В статье освещены этапы и основные направления деятельности кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Проанализирована организация преподавания правовых дисциплин, отмечены достижения, проблемы и перспективы развития учебно-методического и научно-практического обеспечения правовой подготовки медицинских работников.

Ключевые слова: *медицинское право, медицинские работники, права пациентов, правовые знания, качество медицинской помощи.*

Sergeyev Y. D., Pavlova J. V., Kamenskaya N. A., Pospelova S. I., Zhurilov N. V.

20 ANNIVERSARY OF THE FIRST RUSSIAN MEDICAL LAW DEPARTMENT OF THE SECHENOV FIRST MOSCOW STATE MEDICAL UNIVERSITY

The article provides the stages and the main activities of the medical law department of the First Sechenov Moscow State Medical University overview. The organization of medical law teaching, the achievements, the problems and prospects of education development, research and practice assurance of health care professionals' legal training are analyzed in this article.

Keywords: *medical law, health care professionals, patients' rights, legal knowledge, quality of medical care*

Одной из важнейших задач Российского государства, выходящей на уровень национальной безопасности, бесспорно, является реализация права граждан Российской Федерации на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Стремительное развитие современного законодательства, возросшие требования к оказанию качественной медицинской помощи, факты неблагоприятных исходов медицинского вмешательства убедительно свидетельствуют о необходимости повышения правовой грамотности медицинских работников [1].

Нельзя не согласиться с мнением специалистов, что знание законов и умение пользоваться правом стало экономически выгодно, а правильное и своевременное их применение позволит медицинским работникам эффективно пользоваться своими правами

при выполнении профессионального долга, не затрагивая и не нарушая при этом прав и свобод других граждан. Минимизация оснований для исковых заявлений граждан по поводу некачественно оказанной медицинской помощи – одно из положительных экономических следствий правильно организованной правовой подготовки медицинских работников.

В связи с этим, развитие учебно-методического и научно-практического обеспечения правовой подготовки медицинских работников, совершенствование организации учебного процесса на кафедрах, преподающих правовые дисциплины, приобретает особенную актуальность.

В 1995 году в стенах знаменитого медицинского ВУЗа России с более чем 250-летней историей (ныне – Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова) была открыта первая в Российской Федерации, странах СНГ и Восточной Европы самостоятельная Кафедра медицинского права [2].Создал и возглавляет Кафедру основоположник медицинского права России, как отрасли права, науки и учебной дисциплины, член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист России, профессор Юрий Дмитриевич Сергеев.

Фактически первым из специалистов в области юриспруденции и медицины, врач и юрист Ю.Д. Сергеев сформулировал подходы, основные принципы и положения новой формирующейся отрасли российского права – медицинского права. Еще в 1984 году им были подготовлены первый учебник по правоведению для студентов медицинских институтов страны и первое руководство (1988 г.) для врачей «Юридические основы деятельности врача». Более того, в 2004 г. впервые в истории Российской академии медицинских наук специальность «Медицинское право» была введена как самостоятельная и отнесена к Отделению профилактической медицины.

Перед профессорско-преподавательским составом кафедры стоят важные задачи по теоретико-правовой разработке проблем медицинского права как учебной дисциплины и отрасли науки, совершенствование программ обучения студентов.

Потребность получения правовых знаний медицинскими работниками нашла отражение и в новых Федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС) по всем медицинским специальностям.

Пожалуй, главной новеллой образовательных стандартов (ФГОСов) стал компетентностный подход – способность и готовность применять знания, умения, навыки и личностные качества для успешной деятельности в определенной области. Новые государственные образовательные стандарты включают конкретный перечень знаний, умений и владений, которыми должен обладать выпускник.

В частности, выпускник программ специалитета по специальности «лечебное дело» должен обладать способностью использовать основы правовых знаний в профессиональной деятельности, способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок; готовностью к ведению медицинской документации согласно требованиям действующего законодательства и др.

Данные требования определены и нормами базового закона всей системы здравоохранения – Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с п.1 статьи 73 которого «медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии» [3].

На формирование вышеуказанных компетенций, новых требований к правовой подготовке медицинских работников направлены все усилия большого коллектива (около 20 ставок) кафедры медицинского права, который по своему профессорско-преподавательскому составу фактически не имеет аналогов в мировом образовании – большинство ее ведущих сотрудников (от заведующего до ассистента) имеют и юридическое и медицинское образование. Благодаря такому сочетанию профессиональных знаний появляется возможность решать не только задачи по качественному преподаванию правовых дисциплин, но и важнейшие медико-правовые проблемы, являющиеся основными направлениями научно-практической деятельности кафедры.

В частности, профессорско-преподавательским составом кафедры, в рамках научно-исследовательской работы Университета, проводятся исследования по следующим направлениям:

1. Юридическая ответственность за профессиональные и должностные правонарушения при осуществлении медицинской деятельности.
2. Конституционно-правовое обеспечение права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.
3. Конституционно-правовые гарантии охраны репродуктивного здоровья граждан в Российской Федерации.
4. Исследование причин дефектов оказания медицинской помощи и профилактика ненадлежащего ее оказания.
5. Организационно-правовые механизмы оказания медицинской помощи лицам с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.
6. Проблемы законодательства, регулирующего донорство и трансплантацию органов и тканей человека.

Под научным руководством члена-корреспондента РАН, профессора Ю.Д. Сергеева выполнено 6 докторских и 13 кандидатских диссертаций по медицине и праву, в том числе сотрудниками кафедры защищены 8 диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата юридических (медицинских) наук. В настоящее время кафедральными сотрудниками выполняются три докторские и четыре кандидатские диссертации.

Коллективом кафедры медицинского права за последние годы опубликовано в отечественных и зарубежных изданиях сотни научных статей. Заведующим кафедрой, член-корр. РАН, проф. Ю.Д. Сергеевым изданы 17 монографий, руководств, учебный комплекс (в 3-х томах) и учебные пособия с соответствующими грифами. В 2014 году вышел в свет очередной, подготовленный в соответствии с требованиями ФГОС высшего и среднего профессионального образования по всем медицинским и фармацевтическим специальностям, учебник «Правоведение. Медицинское право» (тираж 3 500 экземпляров), который предназначен для студентов всех факультетов медицинских и фармацевтических специальностей (получена положительная рецензия Экспертного совета по рецензированию учебных изданий ФГАУ «ФИРО» Министерства образования и науки РФ « 25 от 27 мая 2014 г) [4].

Подготовка специалиста с высшим профессиональным образованием неразрывно связана с возможностью в будущем проводить научные исследования. В связи с чем, особое значение приобретает внеаудиторная работа со студентами, проведение кружков, конференций, изучение казуистики.

На кафедре медицинского права активно функционирует студенческий научный кружок, осуществляющий углубленное изучение приоритетных медико-правовых проблем. Целью функционирования студенческого научного общества является выявление талантливой молодежи, перспективной в плане дальнейшего научного творчества. Эта деятельность дает возможность внедрения инновационных педагогических технологий, является результативной для стимуляции развития практических навыков, глубокому пониманию правовых вопросов. На заседаниях студенческого научного кружка обсуждаются практические вопросы правового обеспечения медицинской деятельности: особенности реализации прав пациентов при оказании медицинской помощи; дефекты медицинской помощи как факторы снижения ее качества; проблемы правового обеспечения трансплантации органов и тканей человека, применения методов вспомогательных репродуктивных технологий и т.д. В ходе решения конкретных задач интерес поддерживается рассмотрением случаев из практики. Общение идет на равных, студенты свободно обмениваются мнениями по созданию новых правовых механизмов реализации оказания медицинской помощи.

Результатом работы студенческого научного общества кафедры медицинского права является участие членов кружка в научно-практических мероприятиях (в том числе международных), конференциях студентов и молодых ученых. Многие из них занимают почётные призовые места. Так, студенты научного кружка кафедры приняли активное участие в работе секции «Социально-гуманитарные науки и право» очередной Всероссийской научно-практической Конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Медицинская весна-2015» (19 мая 2015 года, организатор Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

На кафедре обучаются и иностранные студенты из 70 стран мира: Пакистана, Китая, Индии, Саудовской Аравии, Испании, США и т.д. Преподавание правовых дисциплин для таких студентов имеет свои особенности. В частности, в ходе семинарских занятий подробно изучаются международные документы по правам человека, базовые документы ВОЗ, ключевые положения нормативно-правовых актов системы специального медицинского законодательства, права пациентов, врачебная тайна и т.п. Живой интерес вызывает обсуждение актуальных проблем в сфере медицинского права в России (правовое регулирование искусственного прерывания беременности, суррогатного материнства, трансплантации органов и тканей человека, уголовной и имущественной ответственности за неоказание или некачественное оказание медицинской помощи) в сравнении с законодательством стран, гражданами которых они являются.

Студенты закрепляют полученные из теоретических источников знания в ходе ролевых игр по самым актуальным темам практического здравоохранения, в частности: оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, соблюдение врачебной тайны, оказание медицинской помощи без согласия гражданина и т.п. По итогам изучения каждой темы проводится контрольное тестирование в письменной форме на английском языке, результаты которого позволяют выявить достаточно высокий уровень усвоения полученных знаний и навыков.

С 1996 года кафедра медицинского права осуществляет преподавание правовых дисциплин для студентов факультета фундаментальной медицины (ФФМ) Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Следует особо подчеркнуть, что руководит все эти годы ответственной работой и на практике передает свой профессиональный педагогический опыт профессор Ю.Д. Сергеев, по праву носящий это высокое научное звание, так как наряду с профессурой академической он уже почти двадцать лет является и профессором МГУ. Именно ему, основателю новой отрасли правовой науки, опытнейшему специалисту в области медицинского права было доверено медико-правовое воспитание и образование университетской студенческой и научной молодежи главного вуза страны.

Особым этапом, оказавшим огромное влияние на развитие медицинского права, а также становление и формирование научно-практической деятельности кафедры стало создание в 2000 году Национальной Ассоциации медицинского права (НАМП), а затем ее правопреемника – Национального Института Медицинского Права (НИМП), президентом которого является Ю.Д. Сергеев.

Одним из основных направлений деятельности кафедры и НИМП является организация и проведение научно-практических мероприятий: Всероссийских съездов, конференций, научно-практических симпозиумов.

Так, в июне 2003 года в г. Москве был проведен I Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву.

В соответствии с Резолюциями съездов регулярно, проводятся крупные национальные форумы. В г. Москве проведены II, III, IV и V Всероссийские съезды (Национальные конгрессы) по медицинскому праву (соответственно в 2005, 2007, 2009 и 2013 годах). Шесть Всероссийских научно-практических конференций по медицинскому праву и биоэтике прошли в крупных регионах России (2004 г. – Самара, 2006 г. – Новосибирск, 2008 г. – Суздаль, в 2010 г. – Санкт-Петербург, 2011 г. – Казань, 2015 г. – Ярославль). Все форумы проводились с международным участием и изданием фундаментальных «Сборников научных трудов» (под редакцией Ю.Д. Сергеева).

Традиционно, ежегодно (в ноябре-месяце), сотрудниками кафедры проводится Межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)».

В настоящее время уже идет подготовка к проведению VI Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву (Москва, ноябрь, 2017 г.).

В 2003 году вышел в свет тиражом более 1000 экземпляров федеральный научно-практический журнал «Медицинское право» (главный редактор профессор Ю.Д. Сергеев), на страницах которого юристы и врачи, разрабатывающие отдельные темы фундаментальных и прикладных исследований в рамках новой науки – медицинского права России получили возможность вести

профессиональные дискуссии. Журнал востребован, пользуется заслуженным авторитетом в среде медицинской и юридической общественности, заслужил профессиональные награды, включен ВАК РФ в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны публиковаться научные результаты диссертационных исследований», причем, одновременно и по медицине, и по правовым наукам.

Национальная Ассоциация медицинского права и кафедра медицинского права медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова активно поддерживает международные связи.

В 2000 году впервые представитель России (проф. Ю.Д. Сергеев) на заседании Генеральной Ассамблеи Всемирной ассоциации медицинского права (WAML) был избран в Совет директоров этой авторитетной международной организации (переизбран в 2004, 2008 и 2012 гг.) и успешно работает по настоящее время. Делегации НАМП принимали активное участие в работе Всемирных Конгрессов по медицинскому праву в гг. Хельсинки (Финляндия), Маастрих (Голландия), Сидней (Австралия), Тулуза (Франция), Пекин (Китай), Загреб (Хорватия), Массео (Бразилия), о. Бали (Индонезия).

Кафедра медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова активно поддерживает международные связи с Университетом Жана Моне (г. Сент-Этьен, Франция). В 2013-2014 гг. совместно с юридическим факультетом Университета был проведен ряд студенческих веб-конференций по актуальным проблемам медицинского права: «Права пациентов в России и Франции», «Правовое регулирование врачебной тайны: франко-российский опыт», «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности в России и Франции» и др.

Профессиональный опыт учебно-методического обеспечения преподавания правовых дисциплин кафедры передается в рамках международного сотрудничества с медицинскими вузами и в странах СНГ. В частности, в июне 2015 г. доцент Ю.В. Павлова приняла участие в программе «Визитинг-профессор» по инициативе руководства Казахского НМУ имени С. Д. Асфендиярова. Это связано с тем, что модулю «Медицинское право и основы законодательства в здравоохранении» КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова требовалось оказание учебно-методической помощи как в организации учебного процесса, так и в разработке учебно-методической документации по медицинскому праву.

Сотрудники кафедры медицинского права активно взаимодействуют с законодательными и исполнительными органами государственной власти, международными организациями. В частности, входят в состав Комитета по этике Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в состав Рабочих групп по разработке законопроектов Комитета Государственной Думы по охране здоровья, заведующий кафедрой проф. Ю.Д. Сергеев является вице-председателем Российского комитета по биоэтике (при Комиссии МИД РФ по делам ЮНЕСКО).

Кафедра медицинского права видит свою главную задачу в том, чтобы будущие специалисты, находясь еще на университетской скамье, осознали, что одним из основных условий успешного осуществления дальнейшей профессиональной деятельности должно стать постоянное совершенствование своих знаний в медико-правовом направлении.

Деятельность кафедры по распространению и пропаганде специальных медико-правовых знаний вызывает активный интерес у большого количества практикующих врачей, научных работников системы здравоохранения, юристов, руководителей учреждений, предприятий и организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

Сегодня, двадцать лет спустя, бесспорным является тот факт, что, кафедра медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова заслуженно является настоящим методическим и научным центром правовой подготовки медицинских работников России.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Каменская Н.А. и др. Учебно-методическая и научно-практическая деятельность кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова // Медицинское право. 2013. № 4 (50). С.3-14.*
2. *Сергеев Ю.Д. и др. Первой в России кафедре медицинского права – 10 лет / Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия, Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. 510 с.*

3. *Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48. Ст. 6724.*
4. *Правоведение. Медицинское право: Учебник / Под ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 552 с.*

Об авторах

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Павлова Юлия Владимировна – кандидат юридических наук, доцент, заведующая учебной частью кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Каменская Наталья Андреевна – кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Поспелова Светлана Игоревна – кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Журилов Николай Владимирович – доцент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Sergeyev Yuriy Dmitrievich – corresponding member of RAN, Honoured jurist of Russian Federation, Doctor of Medical Science, professor, head of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University

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

Kamenskaya Natalya Andreyevna – assistant professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

Pospelova Svetlana Igorevna – assistant professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

Zhurilov Nikolay Vladimirovich – assistant professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Сергеев Ю.Д.

Федеральный научно-практический журнал «Медицинское право» – профессиональная трибуна специалистов сферы медицины и права

В статье приводятся аналитические данные об издании в Российской Федерации специализированного научно- практического журнала для специалистов в области медицины и права.

Ключевые слова: *медицинское право, журнал «Медицинское право», Национальный институт медицинского права.*

Sergeyev Y. D.

FEDERAL SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL «MEDICAL LAW» – A PROFESSIONAL TRIBUNE OF HEALTH CARE AND LEGAL EXPERTS

In article are provided analytical data on the edition in the Russian Federation specialized scientific practical journal for health care and legal experts.

Keywords: *medical law, journal «Medical Law», National institute of medical law.*

Тринадцать лет назад отечественные юристы и врачи, разрабатывающие отдельные темы фундаментальных и прикладных исследований в рамках новой науки – медицинского права России получили свою профессиональную трибуну – вышел в свет тиражом 1000 экземпляров федерального уровня журнал «Медицинское право», который сразу привлек внимание медицинской и юридической общественности.

Журнал быстро приобрел весомый авторитет, заслужил профессиональные награды, давно включен ВАК РФ в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны публиковаться научные результаты диссертационных исследований». Причем, что особо важно и уникально, – кандидатских и докторских диссертаций одновременно и по медицине, и по правовым наукам.

Журнал «Медицинское право» издается с 1 января 2003 года, зарегистрирован в установленном порядке и имеет номер свидетельства о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС77-51730 от 23 ноября 2012 г. Перерегистрация была произведена в связи со сменой учредителя (прежнее свидетельство №ПИ

№77-12155 от 29 марта 2002 г.). Сегодня это совместное издание Национального института медицинского права и издательской группы «Юрист». Журнал выходит разрешенным тиражом до 2 тысяч экземпляров, шесть выпусков в год (три выпуска в полугодие).

За прошедший период произведено более 60 выпусков журнала, в которых опубликовано около 850 оригинальных научных статей.

Издание распространяется по всей Российской Федерации через каталоги «Роспечать», «Объединенный каталог» и ряд других альтернативных агентств. Осуществляется доставка обязательного экземпляра издания в Информационное телеграфное агентство России (ИТАР-ТАСС).

Все статьи рецензируются и оформляются в соответствии с установленными требованиями. Издание имеет официальный сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», где в открытом доступе на русском и английском языках размещается информация об издательстве, главном редакторе, составе редакционного совета с указанием ученой степени, ученого звания всех его членов, контактная информация, описание тематики журнала, правила направления, рецензирования и опубликования научных статей, аннотации научных статей и ключевые слова для всех научных статей и обзоров, опубликованных изданием.

Журнал имеет международный стандартный номера для периодических изданий (ISSN 1813–1239).

Издание зарегистрировано в Российском индексе научного цитирования (договор № 247-08| 2011R от 4.08.2011 г.), и предоставляет в РИНЦ информацию об опубликованных научных статьях в трехмесячный срок с даты выпуска соответствующего номера издания. Импакт-фактор журнала отличается достаточно высоким показателем – за последние пять лет он составил 0,485.

Наименование и содержание рубрик журнала соответствуют основным отраслям правовой науки, по которым издание заявлено для включения в перечень рецензируемых научных изданий: 12.00.03 – Гражданское право, предпринимательское право, семейное право, международное частное право; 12.00.05 – Трудовое право, право социального обеспечения; 12.00.12 – Криминалистика, судебно-экспертная деятельность, оперативно-розыскная деятельность.

В журнале рассматриваются актуальные проблемы медицинского права, деонтологии и биоэтики. Освещаются вопросы правового регулирования медицинской деятельности, медицинского страхования и права. Авторы исследуют правовые аспекты фармации, вопросы защиты прав пациента, гражданское и трудовое право в сфере здравоохранения. Особые темы статей: предупреждение профессиональных и должностных правонарушений в системе здравоохранения, экспертная и следственно-судебная практика по «врачебным делам». У всех публикуемых научных статей имеются библиографические списки, ключевые слова, аннотации на русском и английском языках, оформленные в соответствии с правилами издания.

В состав высокопрофессиональной редакционной коллегии журнала входят 6 докторов медицинских наук (все имеют и юридическое образование) и 5 докторов юридических наук (один из них врач). Все они являются признанными специалистами по тематике журнала, имеют ученое звание профессора. Шестеро ученых обладают высокими почетными званиями (Заслуженные юристы и Заслуженные врачи Российской Федерации).

Как основатель и главный редактор журнала «Медицинское право» считаю одной из его главных заслуг – повышение уровня медико-правовых знаний работников здравоохранения, профилактику профессиональных и должностных правонарушений, защиту прав и законных интересов российских граждан в сфере охраны здоровья.

Выражаю надежду, что среди тех, кто читает эти строки (и их коллег), появятся новые авторы и подписчики журнала, что будет способствовать дальнейшему развитию уникального издания для специалистов в области медицины и права.

Об авторе

Сергеев Юрий Дмитриевич – Президент Национального института медицинского права, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор, главный редактор журнала «Медицинское право», г. Москва, association@med-law.ru

Sergeyev Yuriy Dmitrievich – corresponding member of RAN, Honoured jurist of Russian Federation, Doctor of Medical Science, professor, head of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University.

Раздел I

Актуальные проблемы правового обеспечение медицинской деятельности

Бобровская О.Н.

К ВОПРОСУ О ДЕФЕКТАХ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье раскрываются некоторые аспекты выявления дефектов качества медицинской помощи, их классификации и причины.

Ключевые слова: *ятрогения; дефекты медицинской помощи; патология; ответственность.*

Bobrovskaya O. N.

ON THE QUESTION OF DEFECTS OF QUALITY OF MEDICAL AID

This article describes some aspects of revealing the defects of quality of medical aid, its classification and its causes.

Keywords: *iatrogenesis; defects in medical care; pathology; responsibility.*

Статистические данные Всемирной организации здравоохранения показывают, что врачебные ошибки составляют более высокие показатели смертности, чем аналогичные показатели ДТП. При этом число случаев инвалидности от врачебных ошибок в России составляет 170 тысяч, смертей – 50 тысяч случаев ежегодно. Расхождения диагнозов, поставленных пациенту в амбулатории и в стационаре, составляют до 30-35 % случаев [1].

В проводимых ранее исследованиях и анонимном анкетировании врачей, более 57 % из них отмечали в своей практике случаи, которые имели судебную перспективу, однако только в 6 % случаях они решались в судебном порядке, у 30 % подобные случаи были урегулированы без участия судебных органов, а у 21 % остались без внимания со стороны пациентов [2]. Представляется, что только слабое здоровье и необходимость его поддержания пострадавшими, вследствие неправильного или неадекватного диагностирования и (или) лечения избавляли врачей от судебных процессов в прошлом. Однако современное общество обретает более уверенные перспективы решения споров о качестве медицинской помощи, в защиту которых выступает Лига защитников пациентов [3].

Вместе с тем, шокирующими являются данные вскрытия умерших пациентов четырех крупных больниц Москвы, приведенные в монографии «Право в медицине» [4], свидетельствующие, что в 21,6 % случае диагноз, установленный лицу при жизни, был неправильным.

По приведенным данным главного патологоанатома Челябинской области И. Васильевой из общего числа допущенных врачебных ошибок, составивших 2231 случаев (2,79 на один случай врачебной помощи), ошибки описательного характера, составляющие 1198 случаев, квалифицируются как не оказавшие негативного влияния на состояние пациента, 180 случаев отнесены к 3-4 классу ненадлежащего качества, когда врачебные ошибки могли оказать негативное влияние на состояние пациента. В остальных случаях экспертами выявлены наиболее значимые врачебные ошибки, которые увеличили вероятность преждевременной смерти пациентов [5].

Таким образом, из представленных данных, очевидно, что особое место среди причин заболеваемости и смертности занимает ятрогенная патология – возникновение патологического процесса или вновь диагностируемого заболевания, как результат оказания медицинской помощи, имеющего признаки дефекта.

Представляется, что выявление признаков ятрогенной патологии достаточно сложная задача, которая, нередко, разрешима только экспертами в спорных случаях со смертельным исходом по искам представителей пострадавшей стороны. В качестве примера можно привести апелляционное определение № 33-11088 Санкт-Петербургского городского суда [6], в котором представитель умершего пациента после настойчивых и безрезультатных попыток обращения к ЛПУ добровольно компенсировать расходы на похороны, добился посмертной экспертизы, доказав вину врача и ятрогенный процесс от произведенных им медицинских манипуляций.

Кроме того, сама по себе ятрогения как многоаспектное явление, нуждается не только и не столько в ее установлении, сколько выборе специфики ее определения, поскольку не всегда является лишь следствием врачебной ошибки.

Так, Ю. Д. Сергеевым предложена следующая классификация дефектов оказания медицинской помощи, вследствие осуществления медицинских манипуляций: 1) умышленные ятрогении (умышленный дефект) – дефекты оказания МП, связанные с умышленным преступлением; 2) неосторожные ятрогении (неосторожный дефект) – дефекты оказания МП, содержащие признаки неосторожного преступления; 3) ошибочные ятрогении (медицинская ошибка) – дефекты оказания МП, связанные с добросовестным заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности;4) случайные ятрогении (несчастный случай) – дефекты оказания МП, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств при правомерных действиях медицинских работников [7].

Представленная классификация убедительно показывает важность экспертной деятельности во всех спорных случаях со смертельным исходом или установления первичной инвалидности, поскольку является буфером на пути определения участи врача или иного медицинского работника в выборе возможных мер его ответственности.

Перечень дефектов медицинской помощи содержится в Приказе Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [8].

Приложение № 8 раздела 3 «Дефекты медицинской помощи | нарушения при оказании медицинской помощи» содержит возможные дефекты, которые разбиты на группы, в зависимости от факторов, содержащих какие-либо нарушения:

- ✓ дефекты, ограничивающие доступность медицинской помощи;
- ✓ дефекты оказания медицинской помощи;
- ✓ дефекты оформления документации в медицинской организации;
- ✓ дефекты оформления учетных статистических форм отчетности.

Кроме того, в перечисленных в таблице приложения № 8 дефектах медицинской помощи, наиболее общие дефекты оказания медицинской помощи при осуществлении ОМС могут быть выражены:

- ✓ в невыполнении, несвоевременном или ненадлежащем выполнении необходимых пациенту диагностических и (или)

лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи;

- ✓ в несоответствии медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) оказывается, например необоснованная или непрофильная госпитализация пациента в стационар;
- ✓ в действии или бездействии медицинского персонала, обусловившем развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).

При этом самого понятия дефекта медицинской помощи в указанных документах не содержится, как и в других нормативных правовых актах, на что неоднократно обращалось внимание специалистами практиками и научной общественности [9].

Вместе с тем, имеется множество определений дефекта(ов) медицинской помощи, сформулированных юристами-практиками. Например, О. Ю. Дмитриев, зав. АК «Дмитриев и партнеры», под дефектом медицинской помощи подразумевает неоказание или некачественное оказание медицинской помощи: нарушения процесса диагностики, лечения или организации медицинской помощи, которые привели или могут привести к ухудшению здоровья пациента или наступлению смерти [10]. Тем самым отождествляя понятие «дефекта медицинской помощи» с понятием услуги (помощи) ненадлежащего качества.

О качестве медицинской помощи говорится в Федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [11].

При этом понятие качества включает в себя критерии соответствия медицинской помощи установленным правилам и стандартам.

Медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) – это оказанная медицинским работником медицинская помощь, исключающая негативные последствия, затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса; приводящие к затруднению оптимального использования ресурсов медицинского учреждения; вызывающие неудовлетворенность пациента при его взаимодействии с медицинским учреждением. Или медицинская помощь ненадлежащего качества – процесс оказания медицинской помощи, в котором имеются:

- ✓ врачебные ошибки, способствующие нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению и не снижению риска прогрессирования имеющего у пациента заболевания;
- ✓ риск возникновения нового патологического процесса;
- ✓ неоптимальное использование ресурсов здравоохранения;
- ✓ неудовлетворенности потребителей медицинской помощи.

Говоря о ненадлежащем качестве медицинской помощи, мы находим такие его признаки, которые свидетельствуют о наличии низкого профессионального уровня квалификации медицинских работников, безответственности, недобросовестности, неисполнительности, эгоизме, игнорировании интересов пациента и др. [12].

Вместе с тем, как было отмечено Ю. Д. Сергеевым, важно дифференцировать неуправляемые (неизбежные) дефекты оказания МП, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств, атипичным течением заболевания и т.д., и дефекты оказания МП с управляемой степенью риска (связанные с квалификацией врача или неосторожными, умышленными его действиями). Эти виды дефектов оказания МП могут быть устранены при соответствующей организации лечебного процесса (усиление контроля, систематическое повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых технологий и т.д.) [13].

Правовая оценка неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи заключается в сложившемся подходе к последствиям, вызванным врачебной ошибкой, как к результату добросовестного заблуждения медицинского работника [14].

Однако, в этом случае, мы должны принять во внимание всякое субъективное заблуждение врача относительно диагностики и лечения, которое по признакам составит основу состава уголовно-наказуемого деяния и позволит возместить вред в результате причинения смерти по неосторожности, не имевшей цели убийства пациента.

Как правильно указывается адвокатом А. В. Гришиным, «если под медицинской (врачебной) ошибкой понимать вредный ре-

зультат деяния, как предлагает ряд учёных, то происходит отождествление субъективной стороны состава преступления с преступным результатом, что не может быть допустимым с позиций уголовного права. При таком подходе невозможно установить разницу между ненаказуемым несчастным случаем в медицинской практике и преступлением» [15].

Представляется, что в доказывании наличия ошибки, повлекшей тяжкие последствия, важной составляющей является наличие причинной связи между противоправным действием или бездействием врача и наступившим вредоносным результатом.

Список литературы:

1. *Далее о проблеме читать: http: || rapsinews. ru| legislation_publication| 20130423| 267128298. html#ixzz3MSagM72L: http: || rapsinews. ru| legislation_publication| 20130423| 267128298. html#ixzz3MSagM72L*
2. *Сергеев В. В., Захаров С. О. || Здравоохранение в Российской Федерации. 2000. № 1. С. 7-9.*
3. *Далее о проблеме читать: http: || ligap. ru| news| news_6573. html*
4. *Акопов В. И., Маслов Е. Н. Право в медицине. М.: Приоритет-стандарт, 2002. С. 128.*
5. *Доклад главного патологоанатома Челябинской области (полный текст) http: || zdrava. bohn. ru| news| vrachebnye_oshibki| 2012-01-15-74.*
6. *Апелляционное определение № 33-11088 Санкт-Петербургского городского суда.*
7. *Сергеев Ю. Д. Ерофеев С. В. Ятрогенная патология – актуальная судебно-медицинская проблема || Судебно-медицинская экспертиза. 1998. № 1. С. 5.*
8. *2 февраля 2011 г. в «РГ» – Федеральный выпуск № 5396.*
9. *Старченко А. Качество медицинских услуг в свете нового законодательства: как пройти экспертизу или провокации нового законодательства || III онлайн-конференция «Консилиум главных врачей».*
10. *Дмитриев О. Ю. Врачебные ошибки и дефекты медицинской помощи. Юридические аспекты и актуальные вопросы адвокатской практики. || http: || pravorub. ru| articles| 15248. html.*
11. *Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Опубликовано: 23 ноября 2011 г. в «РГ» – Федеральный выпуск № 5639; Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Опубликовано: 3 декабря 2010 г. в»РГ» – Федеральный выпуск № 5353*
12. *Гришин А. В. Проблемы разграничения смежных составов при квалификации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. || http: || pravorub. ru| articles| 37542. html.*
13. *Сергеев Ю. Д. Ерофеев С. В. Ятрогенная патология – актуальная судебно-медицинская проблема || Судебно-медицинская экспертиза. 1998. № 6. С. 3-4.*
14. *Давыдовский И. В. Врачебные ошибки || Советская медицина. 1941. № 3. С. 9.*
15. *Гришин А. В. Криминалистическая характеристика преступлений против жизни и здоровья, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, совершенных по неосторожности: https: || pravorub. ru| articles| 37438. html*

Об авторе

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, доцент, кандидат медицинских наук, Москва, uracadem@yandex. ru

Bobrovskaya Olga Nikolayevna – docent of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, associate professor, PhD, Moscow, uracadem@yandex. ru, uracadem@yandex. ru

Войтенков Е. А.

ПРАВОВЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В статье рассматривается роль и значение юридических подразделений в работе медицинских организаций, а также актуальные вопросы данной деятельности.

Ключевые слова: *медицинское обеспечение, правовое регулирование, защита интересов, пациент, врач.*

Voytenkov E.A.

LEGAL DEPARTMENTS IN THE MEDICAL INSTITUTIONS: THE ROLE AND IMPORTANCE TODAY

The article discusses the role and importance of the legal entities in the health care institutions, as well as topical issues of the activity.

Keywords: *health care, legal regulation, the protection of the interests of the patient, the doctor.*

Долгое время правовой работе в деятельности медицинских организаций и учреждений не придавалось существенного значения. Это отчасти объяснялось высокой степенью детальной регламентации деятельности медицинских работников подзаконными правовыми актами Минздрава России (что, как показывает историко-правовой анализ, традиционно для нашей страны [2]), несовершенством этой правовой базы, недостатками в работе судебной системы, а также некоторой «инертностью» значительной части населения России в части защиты своих прав и законных интересов при получении медицинской помощи.

Однако, некоторое время назад, в условиях широкого распространения платных медицинских услуг, а также отнесения их к сфере действия Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» [1], ситуация начала кардинальным образом меняться, что обусловило существенное повышение роли правовых подразделений в деятельности медицинских учреждений. Причем, работа юристов перестала

носить некий «локальный» характер. Сейчас от квалифицированной работы правовых подразделений зачастую зависит экономическая эффективность работы медицинских учреждений, и даже их существование на рынке медицинских услуг. Это связано с целым рядом факторов. В последние годы наблюдается тенденция к росту внимания контролирующих органов к деятельности медицинских организаций, уровню качества оказываемых ими услуг, соблюдения правовых предписаний в данной сфере. В частности, анализ судебной практики показывает, что наиболее распространенными нарушениями, которые допускаются медицинскими организациями, являются уклонение от предоставления информации пациентам о возможности получения помощи в рамках программ государственных гарантий, нарушение порядка и формы оформления информированного добровольного согласия пациентов и договоров оказания платных медицинских услуг, взимание денежных средств за неоказанную услугу, взимание платы за услугу, которая подлежит оказанию на безвозмездной основе и др. [3]. Выявление таких упущений в работе неизбежно влечет финансовые и репутационные потери для медицинской организации.

Другой тенденцией, которая наметилась в последние годы, является рост активности пациентов в сфере судебной защиты своих прав и законных интересов при получении ими медицинской услуги. Сегодня получают распространение иски, возникающие из споров о качестве медицинских услуг, оказанных физическим лицам, иски о компенсации морального вреда [4]. В современных реалиях, учитывая применение к данной категории правоотношений законодательства о защите прав потребителей, а также рост на рынке юридических услуг предложений по профессиональной судебной защите интересов пациентов представляется, что в дальнейшем объем судебно-претензионной работы будет только возрастать. При этом нарушения законодательства в сфере медицинской деятельности, как правило, трактуются судами в пользу потребителя, а значит, порождают риски финансовых потерь для медицинских учреждений.

Взаимоотношения «медицинская организация| врач – пациент» предполагают организацию на высоком правовом уровне

договорной работы. Немаловажным аспектом в деятельности юридических подразделений медицинских организаций выступает формирование базы локальных правовых актов. Их значение существенно возрастает в контексте роста хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений как субъектов гражданско-правовых отношений. Именно построение оптимальной системы локальных правовых актов каждой медицинской организации фактически выступает базовым, первичным элементом её надлежащего повседневного функционирования. При этом такое функционирование не ограничивается исключительно взаимодействием между медицинской организацией и пациентом, но и напрямую затрагивает внутреннюю организацию работы как самого медицинского учреждения, так и комплекс трудовых правоотношений такой организации и медицинских работников [5].

Рассмотренные направления правовой работы – лишь часть всего комплекса весьма специфических правовых вопросов, решение которых возлагается на правовые подразделения медицинских организаций. При этом, на наш взгляд, необходимо учитывать, что объемы данной работы в ближайшее время будут неизбежно возрастать.

Как следствие, это повлечет рост потребности медицинских организаций в квалифицированных специалистах юридического профиля, обладающих специальными знаниями в области здравоохранения. Помимо знаний в области специфических аспектов деятельности в сфере медицины, такие специалисты фактически должны быть универсальными работниками в правовой сфере, а именно – в области претензионно-исковой и судебной работы, организации договорной деятельности, специалистами в области трудового, корпоративного и гражданского права. На сегодняшний день очевидно, что количество таких специалистов с высоким уровнем квалификации невелико. Безусловно, в различных высших учебных заведениях Российской Федерации медицинского профиля осуществляется обучение студентов правовым основам медицинской деятельности [6]. Вместе с тем, представляется, что объем такой подготовки без наличия базового юридического образования не обеспечит достижения цели эффективного функционирования правового подразделения медицинского учреждения, что существенно повышает правовые и иные риски функционирования данной организации.

С учетом современных тенденций и реалий нам представляется, что успешное разрешение задач, стоящих перед медицинскими учреждениями в сфере юридического сопровождения их деятельности может быть осуществлено путем реализации двух принципиально разных подходов.

Для крупных медицинских учреждений и организаций, деятельность которых неизбежно связана с большим объемом правовой работы в сфере организации договорных отношений различного толка, значительным объемом сотрудников, потенциально высокой вероятностью значительных объемов претензионной и судебной работы, видится целесообразным создание в структуре такой организации специализированного правового подразделения с внутренней дифференциацией работы специалистов по ключевым направлениям.

Другой формой организации правового сопровождения деятельности (которая является более приемлемой для представителей среднего и малого звена) является аутсорсинговое правовое сопровождение их деятельности во всем многообразии форм специализированными юридическими консалтинговыми компаниями, как экономически менее ресурсоемкое решение (по сравнению с созданием собственного правового подразделения, либо привлечением штатного юриста в единственном числе).

Вместе с тем, принимая во внимание, что каждое из указанных решений имеет свои как положительные, так и отрицательные стороны, считаем, что их анализ и оценка могут выступать предметом отдельного организационно-правового и финансово-экономического анализа и научной дискуссии.

Список литературы:

1. *Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» || Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 15. Ст. 766.*
2. *Исхаков Э. Р. Особенности обеспечения и защиты прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также прав пациентов в нормативно-правовых актах допетровской Руси || История государства и права. 2012. № 20. С. 25-29.*

3. *Викулова Н. Предоставление медицинскими организациями платных медицинских услуг: анализ судебной практики || Административное право. 2015. № 1. С. 15-20.*
4. *Канунникова Л. В. Компенсация морального вреда по искам о качестве медицинских услуг || Медицинское право. 2014. № 6. С. 22-26.*
5. *Хзанян Н. Н. Локальные правовые акты медицинских учреждений || Журнал российского права. 2014. № 11. С. 41-50.*
6. *Правоведение. Медицинское право: учебник | Под ред. Ю. Д. Сергеева. М., 2014.*

Об авторе

Войтенков Евгений Алексеевич – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета имени И. М. Сеченова, кандидат юридических наук, Москва, voitenkov@inbox.ru

Voytenkov Evgeny Alekseevich – Associate Professor at the Department of Medical Law, First Sechenov Moscow State Medical University, Candidate of Juridical Sciences, Moscow, voitenkov@inbox.ru

Гоглова О.О., Гоглова Ю.О.

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: МОРАЛЬНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ

Статья посвящена анализу морально-правовых проблем, возникающих в связи с применением суррогатного материнства. Дана моральная оценка этой технологии. Подчёркнута необходимость совершенствования законодательной базы в сфере искусственной репродукции.

Ключевые слова: *суррогатная мать; вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).*

Goglova O. O., Goglova Y. O.

SUBSTITUTE MOTHERHOOD: MORAL AND LEGAL ASPECT OF THE PROBLEM

Article is devoted to the analysis of the moral and legal problems arising in connection with use of surrogate maternity. The moral assessment of this technology is given. Need of improvement of legislative base for the sphere of an artificial reproduction is emphasized.

Keywords: *surrogate mother, auxiliary reproductive technologies.*

В современном обществе активно применяются и пропагандируются технологии искусственного оплодотворения с использованием суррогатной матери. Это создаёт ряд этико-правовых проблем.

Сравнительный анализ Закона «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993г. № 33-ФЗ и Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ ст.55 в части вспомогательные репродуктивные технологии показывает, что последний расширяет круг лиц, которые могут воспользоваться технологией суррогатного материнства [1]. В нём отсутствует возрастной критерий для женщин, технологией могут воспользоваться мужчина и женщина, не состоящие в браке.

Нерешённым остаётся вопрос о том, кто имеет преимущественное право на ребёнка, рождённого с использованием суррогатной матери.

По Российскому законодательству суррогатная мать не может быть донором яйцеклетки, следовательно, не будет биологической матерью рождённого ею ребёнка. Но закон при этом оставляет за ней право решать передавать ребёнка заказчику или оставить себе. Очевидно, что в случае её отказа передать ребёнка, к ней возникнут материальные и моральные претензии со стороны заказчика. Закон это противоречие не регулирует.

В литературе мнения по этой проблеме противоречивы. Одни считают правильным предоставление суррогатной матери преимущественного права в решении вопроса о том, с кем останется ребёнок, другие высказывают противоположную точку зрения.

Можно привести пример законодательного решения вопроса в других странах. Так, в Украине при использовании генетического материала заказчиков они признаются юридическими родителями.

Следующая проблема: рождение ребёнка, с использованием суррогатной матери, для одинокого мужчины. В Федеральном Законе от 21 ноября 2011г., № 323-ФЗ (ст. 55) Применение вспомогательных репродуктивных технологий (п. 3) говорится о праве на применение вспомогательных репродуктивных технологий мужчины и женщины, как состоящих, так и не состоящих в браке. Одинокая женщина также имеет право на применение названных технологий. Одинокий мужчина в законе не упоминается.

Однако есть практика признания права рождения «суррогатного» ребёнка и у одинокого мужчины. Ряд дел по этому вопросу рассматривался в суде, где основным аргументом в пользу положительного решения было положение ст.19 Конституции РФ, которая говорит о равенстве прав мужчин и женщин. В Законе об охране здоровья отсутствует норма прямого действия, регулирующая применение ВРТ для преодоления бесплодия у одиноких мужчин. Но в праве существует понятие аналогии. Если можно иметь детей одиноким женщинам, то можно и одиноким мужчинам.

Здесь необходимо подчеркнуть, что в России воспользоваться ВРТ для зачатия ребёнка можно только по медицинским показаниям. Важно строго соблюдать это положение как относительно женщин, так и мужчин. В соответствии с нормами Закона об охране здоровья Минздрав России утвердил приказ от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», который заменил устаревший приказ Минздрава России от 26.02.2003 № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия». Приказ № 107н содержит более широкий список медицинских показаний к суррогатному материнству по сравнению с ранее действовавшим Приказом № 67.

Положительным является то, что в новых нормативных документах предпринята попытка регулирования многоплодной беременности. При использовании ВРТ риск многоплодной беременности возрастает в 20 раз по сравнению с естественным зачатием. Новый приказ устанавливает ограничение по числу переносимых эмбрионов. В полость матки можно переносить не более двух эмбрионов. Решение о переносе трёх эмбрионов принимается пациенткой посредством оформления информированного согласия после предоставления лечащим врачом полной информации о высоком риске невынашивания беременности, инвалидности среди недоношенных детей, низкой выживаемости.

В случае диагностики многоплодной беременности с целью профилактики осложнений, связанных с многоплодием, может быть проведена операция по уменьшению числа развивающихся эмбрионов (редукция эмбрионов). Приложение 13 приказа содержит специальную форму информированного согласия на проведение операции редукции эмбрионов.

Возраст лиц, желающих воспользоваться репродуктивной технологией, законодательно не регламентируется, поэтому заказчицей может стать генетическая бабушка. Если её возраст достаточно велик, то возникают проблемы морального порядка: хватит ли у неё сил для того, чтобы вырастить и воспитать ребёнка, не останется ли ребёнок без опеки до достижения им совершеннолетия? Это не праздные вопросы.

В международном праве существуют ограничения на доступ к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ) по возрасту женщины. Так, в Англии максимальный возраст пациентки государственной клиники не может быть выше 39 лет [2].

В суррогатном материнстве на первое место ставится желание заказчика иметь генетически своего ребёнка, интересы ребёнка не рассматриваются.

Кардинально меняется традиционное понимание семьи. Представление о родителях, как лицах противоположного пола, состоящих в зарегистрированном браке, подменяется понятием «потенциальные родители».

Легализация потенциального родительства нарушает права детей:

1. Нарушается право ребёнка иметь мать и отца.
2. Обостряется проблема самоидентичности человека. При использовании суррогатного материнства для ребёнка остро встаёт вопрос о том, кто его мать?
3. Гомосексуальное сожительство и рождение ребёнка с использованием суррогатной матери ставит его в тупик при идентифицировании отца и матери.
4. Возникает реальная угроза для благополучия детей, их физического и психического здоровья.
5. Легализация товарных отношений. Дети превращены в товар. Суррогатная мать фактически продаёт ребёнка. Вопрос оплаты решается в каждом случае индивидуально, выплаченная сумма не афишируется. Анализ известных данных позволяет говорить лишь о приблизительной сумме, которая в России составляет около 15 тыс. долл.

Коммерческое суррогатное материнство законодательно разрешено в большинстве штатов США, ЮАР, России, Украине, Казахстане, Индии. В Бельгии, Греции, Испании, Финляндии суррогатное материнство не регулируется законодательством, но фактически существует.

Суррогатное материнство демонстрирует обесценивание основных моральных качеств: любви, как между женщиной и мужчиной, так и между матерью и ребёнком. Вызывает большие опасения то, что в Российском обществе продолжает утверждаться отношение к вынашиванию ребёнка суррогатной матерью, как к высокооплачиваемой работе. Если общество с позиций морали не осуждает какую-либо тенденцию, она будет распространяться. Именно это наблюдается в России. Количество женщин, желающих работать суррогатной матерью, неуклонно растёт. Их число как минимум в десять раз больше количества заказчиков.

Не случайно суррогатное материнство полностью запрещено в ряде стран: Франции, Германии, Австрии, Норвегии, Швеции, в штатах США (Аризона, Мичиган, Нью-Джерси). Только некоммерческое суррогатное материнство разрешено в Великобритании, Дании, Канаде, Израиле, австралийском штате Виктория, в штатах США (Нью-Гемпшир, Вирджиния). В Нидерландах запрещена реклама суррогатного материнства, предложение услуг суррогатных матерей и их подбор.

На наш взгляд коммерческое суррогатное материнство недопустимо с моральных позиций и должно пресекаться законом.

Принятие новых документов не снимает с повестки дня вопрос о разработке отдельного комплексного закона о ВРТ, который регулировал бы все аспекты применения вспомогательных репродуктивных технологий с учётом современных достижений науки и международного опыта. Подобные комплексные законы действуют, например, в Германии, Испании, Италии, Португалии; применение ВРТ детально регламентировано в Великобритании, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Индии, ЮАР.

Список литературы:

1. *Федеральный закон РФ от 22.07.1993 г. № 33-ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» || Ведомости СНД и ВС РФ. 19.08.1993. №33. Ст. 1318.*
2. *Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» || Российская газета. № 263. 23.11.2011.*
3. *Свитнев К.Н. Вспомогательные репродуктивные технологии в новом законодательстве || Правовые вопросы в здравоохранении. 2013. №7. С. 42-53.*

Об авторах

Гоглова Ольга Олеговна – доцент кафедры гуманитарных наук Ивановской государственной медицинской академии, доцент, кандидат исторических наук, г. Иваново, goglova-olga@mail.ru

Гоглова Юлия Олеговна – юрист, Москва, yuliyagoglova@mail.ru

Goglova Olga Olegovna – assistant professor of the Ivanovo State Medical Academy, assistant professor , candidate of history sciences , Ivanovo, goglova-olga@mail.ru

Goglova Juliya Olegovna – a lawyer, Moscow, yuliyagoglova@mail.ru

Доронина Л.А.

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ – ФАКТОР, ОГРАНИЧИВАЮЩИЙ ПРАВО ГРАЖДАН НА БЕСПЛАТНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Анализ предоставления платных медицинских услуг в Республике Татарстан за период 2010-2013 гг. показал парадоксальность роста их объемов на фоне ежегодного увеличения государственных расходов на здравоохранение. Дано обоснование объективных факторов, которые влияют на рост платных медицинских услуг: отсутствие законодательного регулирования порядка их предоставления на федеральном и региональном уровне, низкий уровень финансирования отрасли, кадровый дефицит. Отсутствие тарификации отдельных медицинских услуг в рамках стандарта медицинской помощи и оплата медицинской помощи в стационаре в рамках законченного случая лечения приводит к нередким случаям двойной оплаты – за счет средств ОМС и личных средств пациента.

Ключевые слова: *Обязательное медицинское страхование; платные медицинские услуг; государственные расходы на здравоохранение; законодательное регулирование.*

Doronina L. A.

PAID MEDICAL SERVICES – FACTOR, WHICH LIMITS RIGHTS FOR FREE DELIVERY OF HEALTH CARE BY COMPULSORY MEDICAL INSURANCE PROGRAMS

The analyses of paid medical services providing in Tatarstan Republic during 2010-2013 showed a paradoxicality of growth of their volumes against annual increase in the government health care expenditures. Justification of objective factors, which influence on growth paid medical attendances: poverty of an accurate regulation of an order of their granting at federal and regional level, low level of financing of branch, a staff shortage. Lack of tariffing on separate medical services within the finished case of treatment in a hospital leads to frequent cases of double payment – at the expense of means of compulsory health insurance and personal means of the patient. Leveling of the factors, promoting growth of paid medical services, will promote decrease in a conflictness of the parties concerned – paying and providing medical care according to the compulsory health insurances programs, and also social discontent of patients.

Keywords: *Compulsory medical insurance; paid medical services; government health care expenditure; legislative control.*

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепил право граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в соответствие с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Причем отказ в оказании медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, не допускается. На первый взгляд, вполне однозначное толкование. Однако на практике мы видим обратное. Иначе как можно объяснить ежегодно растущий объем платных услуг в медицинских организациях, участвующих в реализации программ государственных гарантий?

За период 2010-2013 гг. в медицинских организациях, которые участвуют в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ПГГ) на территории Республики Татарстан, внебюджетное финансирование за счет предоставления платных медицинских услуг увеличилось на 49 % (табл. 1).

Таблица 1.

Внебюджетные источники финансирования медицинских организаций Республики Татарстан, участвующих в реализации ПГГ за 2010-2013 гг.

Годы	Финансовые средства от реализации платных медицинских услуг (млн. руб.)
2010	2085,6
2011	2366,3
2012	2543,8
2013	3111,5

Однако парадокс заключается в том, что такой прогрессивный рост платных медицинских услуг происходит на фоне увеличения государственных расходов на здравоохранение, а отнюдь не их сокращения. Стоимость программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан (далее – ПГГ) за период 2010-2014 гг. выросла в 2 раза – с 20,6 до 40,3 млрд. рублей.

В чем же причина таких диссоциаций? Безусловно, есть несколько объективных причин, которые способствуют росту платных медицинских услуг. Первая из них и самая, пожалуй, важная – недостаточное финансирование отрасли. В 2013 году фактический уровень финансирования здравоохранения в России составил 2,9 % от ВВП, если учесть, что согласно Росстата в рублевом эквиваленте валовый внутренний продукт составил 67 229,2 млрд. руб., а государственные расходы (бюджетные средства плюс средства ОМС) 1,95 трлн. руб. Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» ставит целью увеличение расходов на здравоохранение до 4,7 % от ВВП. Развитые страны Европы и Америки уже сегодня выделяют на здравоохранение в расчете на ВВП в 2-4 раза больше средств, чем Российская Федерация: Австрия (11 %), Германия (11,9 %), Дания (11,5 %), Израиль (7,6 %), Норвегия (9,7 %), Франция (11,9 %), Канада (11,4 %), Швеция (10 %), США (17,6 %).

Неадекватное финансирование приводит к тому, что планирование объемов медицинской помощи осуществляется не от потребностей, а от финансовых возможностей. Если государство не обеспечивает удовлетворение потребностей, его «нишу» закономерно занимают платные услуги.

Вторая по важности причина роста платных услуг – дефицит врачей. Наиболее очевидна эта проблема видна по количеству физических лиц врачей клинических специальностей, т.е. тех, которые непосредственно лечат больного. Обеспеченность врачами клинических специальностей в Республике Татарстан практически в 1,5 раза ниже, чем в Германии и Израиле. На этом фоне значительное увеличение числа частных медицинских организаций способствует оттоку и без того низкого количества врачебных кадров (табл. 2).

Таблица 2 .

Обеспеченность врачами клинических специальностей в Республике Татарстан и зарубежных странах за 2010-2012 гг. (на 10 000 населения)

Годы	2010	2011	2012
Республика Татарстан	22,8	22,8	22,9
Германия	35,0	35,3	36,0
Израиль	36,0	36,3	36,5

Фактором, не способствующим сдерживанию роста платных медицинских услуг, является законодательно установленное право медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий, оказывать платные медицинские услуги, причем дан перечень случаев, по которым их можно оказывать. Неоднозначной является норма о том, что платные медицинские услуги могут оказываться на «иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом в действующих нормативных правовых документах нет четких регламентаций «иных условий».

Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг установлены постановлением Правительством Российской Федерации от 4.10.2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Контроль за предоставлением платных медицинских услуг возложен на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий. Фактически прецедент проверки этой службой создается при обращениях граждан в этот орган. У территориальных фондов ОМС и страховых компаний, осуществляющих полномочия страховщика и финансирующих медицинские организации, таких полномочий нет. Только при проведении экспертизы, в том числе по жалобам застрахованных, видно так называемое «двойное» финансирование, когда оплата за медицинскую помощь идет в рамках программы госгарантий и платит сам пациент.

Нормативными правовыми документами в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования регламентировано, что медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи. А что такое «основа»? Это первый вопрос. Второе – мы не оплачиваем медицинскую помощь по стандарту. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС осуществляется по утвержденным тарифам. Тарифы медицинской помощи в стационарных условиях формируются за законченный

случай. В структуру тарифа включены расходы на медикаменты, питание, мягкий инвентарь, коммунальные услуги и т.д., но при определении тарифа калькуляция отдельных медицинских услуг в рамках стандартов не осуществляется. Так как оценить объем медицинской помощи на основе стандарта медицинской помощи – достаточен ли он? В Республике Татарстан в территориальной программе государственных гарантий регламентировано, что частота и кратность медицинских услуг определяются лечащим врачом на основе стандартов медицинской помощи с учетом клинической ситуации, медицинских показаний и индивидуальных особенностей пациента. В случае если медицинские услуги и (или) лекарственные препараты, установленные стандартом с частотой предоставления 1 не показаны пациенту, то они ему не назначаются, что обосновывается соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного. Таким постулатом решается несколько проблем. Первое. Врач – это автономная личность и только он решает, что необходимо больному. Если больному медицинские услуги не показаны, врач должен сделать запись, почему он «отходит» от стандарта. Второе. Стандарт – не догма, а документ регламентирующий «канву» объемов медицинской помощи. Третье. В рамках досудебного и судебного разбирательства при недовольстве пациента оказанной медицинской помощью легче определить истину, если они прописаны в нормативных правовых документах, а территориальная программа госгарантий имеет статус «закона» на территории субъекта РФ.

Сегодня очевидно, что альтернативой платных медицинских услуг должно быть добровольное медицинское страхование. Полис ДМС должен обеспечивать медицинскую помощь «экстра-качества»: использование при операциях современных, импортных медицинских изделий, оригинальных лекарственных препаратов (не дженериков), проведение операции ведущим профильным специалистом (гонорарный способ оплаты труда медицинского работника) и другие. Все это должно касаться только предоставления медицинской помощи в плановой форме. Двадцатилетний период обязательного медицинского страхования в Российской Федерации позволяет внедрить более полную форму добровольного медицинского страхования граждан, тем более богатый

опыт его использования имеет место в странах, где медицинское страхование существует несколько десятилетий. Например, в Израиле, где функционирует модель государственного медицинского страхования, полис ДМС имеют 80 % населения.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».*
2. *Мировая статистика здравоохранения 2012. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2013. С. 122-124.*
3. *Годовые формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению», утвержденная приказом Росстата от 29 июля 2009 г. № 154 (ред. от 29.12.2011) «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения».*
4. *Татарников, М. А. Проблемы современного здравоохранения | М. А. Татарников || Менеджер здравоохранения. 2014. № 2. С. 74-76.*

Об авторе

Доронина Людмила Александровна – доцент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, кандидат медицинских наук, Казань, Doronina.LA@fomsrt.ru

Doronina Ludmila – assosiate professor, department of public health, economics and medical administration, «Kazan State Medical Academy» by Ministry health of Russian Federation, PhD, Kazan

Калецкий Е.Г.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ ГРАЖДАНАМИ ОБЯЗАННОСТИ ПО СОХРАНЕНИЮ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью выявления проблем правового регулирования по вопросу обеспечения исполнения гражданами обязанности по сохранению своего здоровья.

Ключевые слова: *здравоохранение; обязанности гражданина.*

Kaletskiy E.G.

LEGAL ASPECTS OF EXECUTION OF LEGAL OBLIGATIONS OF CITIZENS OF THE RUSSIAN FEDERATION FOR THE MAINTAINING OF THEIR HEALTH

This article analyzes the legislation in the field of health in order to identify problems of legal regulation on the enforcement of the obligation of the citizens to maintain their health.

Keywords: *health care; responsibilities of citizens.*

Одним из наиболее важных положений, закрепленных в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья граждан), является установление обязанности граждан заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать режим лечения, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Представляется важным рассмотреть вопрос о том, как именно данная норма влияет на отношения врачей и пациентов, а также каким образом обеспечивается исполнение такой обязанности.

Прежде всего следует оговорить, что в данной статье анализируется обеспечение такой обязанности, не связанной со здравоохранительными отношениями, возникающими в условиях прохождения обязательных медицинских осмотров, а также в условиях лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Механизм исполнения гражданами обязанностей по сохранению здоровья в вышеуказанных условиях и последствия неисполнения гражданами такой обязанности при таких условиях регламентирован российским законодательством достаточно подробно. Однако исполнение обязанности гражданами обязанности по сохранению своего здоровья в других, «повседневных» случаях, требует дополнительного внимания, поскольку пояснений о реализации данной нормы в рассматриваемом Федеральном законе не имеется [1].

Было совершенно справедливо отмечено, что закрепление в законе данного положения устанавливает партнерскую систему взаимоотношений между врачом и пациентом, поскольку у каждой из сторон теперь есть свой комплекс прав и обязанностей по охране здоровья. [2; С. 37] При этом указывается на необходимость изменения сознания пациента с тем, чтобы он взял прежде всего на себя ответственность за собственное здоровье и жизнь.

Однако в научных статьях высказывается мнение о том, что пациенты до сих пор не хотят понимать, что они сами несут ответственность за сохранение своего здоровья, и что помимо прав у пациента существуют еще и обязанности, в частности, по предоставлению полной и достоверной информации о своем здоровье, своевременно предупреждать о невозможности прийти на прием, соблюдать все назначения и рекомендации врачей [2; С. 53]. Данное утверждение находит подтверждение в различных исследованиях: было выявлено, что в России значительная часть вполне дееспособных пациентов не выполняет предписанные назначения врачей по профилактике и лечению различных заболеваний. Более того, указано на то обстоятельство, что современные методы повышения приверженности к формированию здорового образа жизни и лечению хронической патологии весьма сложны и не очень эффективны, и даже самые эффективные из них не приводят к большим улучшениям в приверженности людей к лечению [3].

В связи с вышеназванной тенденцией различными специалистами предлагались способы ее преодоления, в том числе и с указанием на необходимость установления санкции для граждан, не исполняющих закрепленную законом обязанность по охране своего здоровья. Так, было высказано, что в ст. 27 Закона об охране здоровья граждан отсутствует указание на ответственность за невыполнение предусмотренных ею обязанностей пациента;

с этической и с юридической же точки зрения норма действует только тогда, когда предусмотрены санкции за ее невыполнение; поэтому предложено дополнить данную статью положением: «Невыполнение гражданами своих обязанностей по охране здоровья ограничивает их права на получение бесплатной медицинской помощи» [4; С. 6]. Также утверждалось, что предусмотренные законом обязанности пациента носят абстрактный характер, и остается неизвестным, какую ответственность несет пациент за их невыполнение, в связи с чем предлагалось связать ответственность за неисполнение пациентом своих обязанностей с правом на обязательное или добровольное медицинское страхование, специально предусмотрев, что невыполнение пациентом своих обязанностей влечет утрату права на обязательное медицинское страхование [5; С. 21]. Кроме того, было высказано мнение, что в качестве нарушения пациентом обязанности по сохранению своего здоровья следует рассматривать не только нарушение врачебных предписаний и правил поведения в медицинской организации, но и явное злоупотребление алкоголем, курение, отказ от занятий спортом (физкультурой), сознательное употребление в пищу вредных продуктов [2; С. 53].

С вышеуказанным вполне согласуется предложение Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ о введении ответственность пациентов за несоблюдение режима приема лекарственных препаратов, в первую очередь в отношении пациентов, которые получают бесплатные лекарства. В случае, если они не соблюдают указания врача, то предлагается установить, что по решению врачебной комиссии в течение некоторого времени (к примеру, в течение месяца) они смогут приобрести назначенное лекарство только за свой счет. Инициаторы законопроекта отмечают, что более половины льготников принимают препараты согласно собственным соображениям, а не по той схеме, которую назначил врач [6].

В противовес вышеизложенным мнениям в научной литературе отмечалось, что норма п. 1 ст. 27 Закона об охране здоровья граждан не носит карательного характера, и основная ее смысловая нагрузка заключается в закреплении приоритета принципа ответственного поведения граждан к своему здоровью и здоровью своих детей [7; С. 146]. Данная норма имеет декларативный характер, поскольку никто не может заставить человека заботиться о своем здоровье, если он сам этого не хочет; соответственно, санкций за неисполнение этой обязанности нет и не может быть установлено [8].

Проанализировав вышеприведенные утверждения, а также применимые положения законодательства РФ, представляется невозможным согласиться с предложениями дополнить норму п. 1 ст. 27 Закона об охране здоровья граждан положениями, предусматривающими санкции за ее нарушение. Как следует из содержания ст. 18 и 19 Закона об охране здоровья граждан, правом на охрану здоровья и на получение медицинской помощи обладают все граждане России; не установлено никаких специальных ограничений на получение гражданами медицинской помощи в зависимости от их поведения, поступков, от обстоятельств причинения ими вреда своему здоровью и т.п. Указанные положения рассматриваемого Федерального закона логично развивают положения ст. 7 и 41 Конституции РФ; из их содержания можно сделать вывод, что обеспечение охраны здоровья граждан в целом является односторонней обязанностью государства и ничем не обуславливается. Таким образом, положение п. 1 ст. 27 Закона об охране здоровья граждан предназначено скорее для осуществления цели воспитания ответственного отношения граждан к своему здоровью: врачу, находящемуся в партнерских отношениях с пациентом, следует объяснять ему, что непосредственную заботу о собственном здоровье несет прежде всего сам пациент; ответственный подход к своему здоровью будет благоприятен для обоих участников отношений – гражданин сможет дольше сохранять свое здоровье, а в случае болезни – максимально грамотно выполнить назначения врача, который, в свою очередь, может быть уверен в том, что все его предписания выполняются в точности, что будет способствовать эффективному лечению.

Однако, как уже было отмечено, проблема невыполнения пациентами предписаний врачей, а равно обязанностей по соблюдению режима лечения и правил поведения в медицинских организациях стоит в России весьма остро (см., например, [9] и [10]). Игнорирование пациентами своих обязанностей в системе партнерских отношений с врачом влечет различные негативные последствия как

для пациента (утрата здоровья, привлечение к ответственности за правонарушения и т.п.), так и для врача (формирование крайне неблагоприятной обстановки для профессиональной деятельности, затрудняющей выполнение обязанностей по оказанию медицинской помощи) и государства (неэффективное расходование ресурсов, выделенных для обеспечения здравоохранение в РФ). Таким образом, необходима дальнейшая разработка механизма обеспечения исполнения обязанности по охране своего здоровья в системе партнерских отношений «врач – пациент».

Список литературы:

1. *Грачева Т. Ю., Пучкова В. В., Корнеева О. В., Вахрушева Ю. Н. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) || СПС Консультант Плюс, 2014 (дата обращения: 20.02.2015).*
2. *Салыгина Е. С. Юридическое сопровождение деятельности частной медицинской организации. | Е. С. Салыгина. М.: Статут, 2013. 192 с.*
3. *Самородская И. В. Непослушные пациенты || Газета «Медицинский вестник». 2015. № 1-2 (686-687). URL: http: || www. medvestnik. ru| archive| Neposlushnye-pacienty. html (дата обращения: 03. 05. 2015).*
4. *Шкарин В. В., Бударин Г. Ю. Право на здоровье: современные тенденции развития законодательства в области здравоохранения || Социальное и пенсионное право. 2012 № 4. С. 5-8.*
5. *Михальченко Д. В., Мажаренко В. А., Приз Е. В. Права медицинских работников в новом Законе РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» || Медицинское право. Федеральный научно-практический журнал. 2012. № 1. С. 17-21.*
6. *Сетевое издание KM. RU. 29. 01. 2015. Пациентов предлагают наказывать за нарушение режима приема лекарств. URL: http: || www. km. ru| zdorove| 2015| 01| 29| ministerstvo-zdravookhraneniya-rf| 754128-patsientov-predlagayut-nakazyvat-za-naru (дата обращения: 03. 05. 2015).*
7. *Научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) | А. Л. Благодир и др.; под общ. ред. А. А. Кирилловых. М.: Деловой двор, 2012. – 600 с.*
8. *Гришаев С. П. Комментарий Закона об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации || СПС Консультант Плюс, 2011(дата обращения: 20.02.2015).*

9. *Сибирский медицинский портал www. sibmedport. ru. За оскорбление медицинского работника пациент понес ответственность. URL: http: || www. sibmedport. ru| article| 9425-za-oskorblenie-meditsinskogo-rabotnika-patsient-pones-otvet| (дата обращения: 03.05.2015).*
10. *«Доктор Питер» – петербургский сайт о здоровье. 26. 06. 2014 Инструкция для врачей: Что делать, если вас оскорбляет пациент. URL: http: || doctorpiter. ru| articles| 9533| (дата обращения: 03.05.2015).*

Об авторе

Калецкий Евгений Геннадьевич – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, Москва.

Eugene Kaletskiy – assistant professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow.

Канунникова Л.В.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИЗ ОПЫТА СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

При возникновении юридических конфликтов в сфере охраны здоровья граждан медиация выступает как наиболее современный и приемлемый способ их разрешения на досудебном этапе.

Ключевые слова: *Медиация, судебная практика, конфликт, медиатор, медиативная практика.*

Kanunnikova L.V.

LEGAL SUPPORT OF INNOVATIVE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE FROM THE EXPERIENCE OF JUDICIAL PRACTICE IN THE NOVOSIBIRSK REGION

If you encounter legal conflicts in the sphere of health protection of citizens mediation is the most modern and acceptable way to resolve them at the pretrial stage.

Keywords: *Mediation, litigation, conflict mediator, a mediation practice.*

Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» внедрил новый институт – медиацию, как примирительную процедуру, используемую при возникновении споров и конфликтов, в том числе, в медицинской среде.

На значимость процедуры медиации и положительный эффект от ее применения обращалось внимание Верховным Судом Российской Федерации, в частности, отмечались такие положительные качества процедуры медиации, как небольшой срок урегулирования конфликта, отсутствие необходимости собирать доказательства, привлекать свидетелей, назначать экспертизу и т.п. В отличие от судебного разбирательства при проведении процедуры медиации не может быть третьих лиц, заявляющих или не заявляющих самостоятельные требования. Все субъекты, чьи права затронуты спорным правоотношением, могут принимать участие в урегулировании споров посредством медиации

как равноправные участники переговорного процесса. Медиатор не является субъектом спорного правоотношения и не может быть представителем одной из сторон. Он выступает в качестве посредника, с помощью которого стороны самостоятельно и добровольно принимают решение. Особое значение указанные преимущества приобретают при разрешении споров в области медицинской деятельности.

Общеизвестно, что споры, связанные с качеством оказания медицинских услуг, относятся к числу наиболее сложных, как с точки зрения длительности судебного разбирательства, так и необходимости формирования обширной доказательственной базы, привлечения независимых экспертов, что увеличивает как срок рассмотрения дела, так и размер процессуальных издержек. При этом судебное постановление, принятое по итогам рассмотрения дела, не всегда устраивает участников процесса. Денежная компенсация, как правило, не приводит к восстановлению ущерба, причиненного жизни и здоровью, как и признание заявленных требований необоснованными – к восстановлению репутации медицинского учреждения.

В этой связи медиация выступает наиболее приемлемым способом разрешения уже возникшего или потенциально возможного конфликта в соответствующей сфере общественных отношений. Еще одним неоспоримым преимуществом является принцип конфиденциальности процедуры медиации, позволяющий обеспечивать сохранение врачебной тайны. Вместе с тем, в силу Закона о медиации деятельность медиатора может осуществляться как на профессиональной, так и на непрофессиональной основе. Осуществлять деятельность медиатора на непрофессиональной основе могут лица, достигшие возраста восемнадцати лет, обладающие полной дееспособностью и не имеющие судимости. Осуществлять деятельность медиатора на профессиональной основе могут лица, отвечающие требованиям, установленным ст. 16 Закона: наличие высшего образования и диплома дополнительного профессионального образования по вопросам применения процедуры медиации. Однако в законе отсутствуют требования о наличии специального образования по отдельным сферам, в том числе применительно к исследуемой тематике – образова-

ния в области медицины. Представляется, что медиатор в данном случае должен не только владеть знаниями в области конфликтологии, технологии разрешения споров, но обладать медицинскими познаниями, иметь представление о медицинских диагнозах, стандартах оказания медицинских услуг и последствиях их невыполнения. Решение обозначенной проблемы медиации в медицинской сфере может быть как вариант в создании при ассоциациях врачей, экспертов, которые будут функционировать на началах саморегулируемости и независимости.

Медицинские учреждения могут привлекать медиаторов как после возникновения конфликтов, так и до конфликта путем включения медиативной оговорки в соглашение об оказании медицинских услуг.

Если стороны самостоятельно прибегнут к процедуре медиации, то им нужно в письменной форме подписать медиативное соглашение, которое имеет статус гражданско-правового договора. Однако если процедура медиации была начата после обращения в суд, необходимо оформить медиативное соглашение в качестве мирового с последующим его представлением на утверждение суда.

Другим направлением в использовании медиации может стать создание медицинским сообществом ассоциаций независимых экспертов, которые могли бы выполнять функции медиаторов. В условиях недостаточного ознакомления граждан с преимуществами медиативной формы разрешения споров, именно медицинские организации должны взять на себя инициативу в применении медиации, ориентировать пациентов на медиацию, использовать медиативную оговорку в соглашениях с пациентами, а также создавать независимые экспертные центры, основанные на принципах саморегулирования.

В судебной системе Новосибирской области, на сегодняшний день, имеется положительный опыт внедрения и активизации использования медиативных процедур.

В 2013 году Новосибирским областным судом совместно с Научно-методическим центром медиации и права (г. Москва) была организована научно-практическая конференция «Медиация как инструмент совершенствования правовой культуры и инвестиционного климата». По итогам конференции был разработан и запущен

соответствующий пилотный проект. В рамках проекта в Новосибирской области были выбраны три районных суда, на базе которых запланировано активное внедрение медиативных процедур в разрешение гражданских споров. Выбор судов был определен количеством дел рассмотренных данными судами по спорам о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда, причиненных в результате оказания медицинских услуг ненадлежащего качества.

Организованная в данном направлении работа, на сегодняшний день, безусловно, имеет положительные результаты.

Так, например, в Ленинском районном суде г. Новосибирска работает кабинет медиации в рамках исполнения плана мероприятий указанного выше пилотного проекта. По информации руководителя направления по взаимодействию с судами общей юрисдикции за 2014 год в кабинет поступило 51 обращение граждан, было подписано 20 медиативных соглашений, спор по которым не был передан на рассмотрение суда.

Среди предложений, направленных на обеспечение дальнейшего развития медиативной практики, активизации процесса использования примирительных процедур, судьями особо выделяются такие, как:

- ✓ повышение степени информированности граждан о преимуществах процедуры медиации, в том числе, с активным привлечением средств массовой информации;
- ✓ совершенствование подготовки и дальнейшее развитие формирования института профессиональных медиаторов, создание медиативных центров не только на территории города Новосибирска, но и Новосибирской области;
- ✓ введение по медицинским и ряду иных споров процедуры медиации как обязательного досудебного порядка урегулирования спора;
- ✓ предоставление судье, пребывающем в отставке, права заниматься медиативной практикой и создавать негосударственные медиативные учреждения.

Неоспоримым достоинством медиативной процедуры урегулирования споров является возможность позитивного влияния присутствия нейтральной стороны на эффективность ведения переговоров.

Медиация представляет собой не только свидетельство высокой культуры применяющих ее граждан, но также способ формирования самой культурной среды в обществе, принцип социального порядка и, как следствие, эффективного правопорядка в государстве.

Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РГНФ № 14-03-00173

Список литературы:

1. *Ташевский С. Азбука медиации. М., 2011. С. 64.*
2. *Пель М. Приглашение к медиации. М., 2009. С. 400.*

Об авторе

Канунникова Людмила Владимировна – главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн», заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой медицинского права Новосибирского государственного медицинского университета, профессор, юрист, Новосибирск.

Kanunnikova Lyudmila Vladimirovna – the chief doctor of the State budget institution of healthcare of Novosibirsk region Novosibirsk state regional hospital 2 war veterans», honored doctor of the Russian Federation, doctor of medical Sciences, head of the Department of medical law at Novosibirsk state medical University, Professor, lawyer, Novosibirsk.

Кузьмин С. Б.

ЮРИДИЧЕСКАЯ И НРАВСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В статье рассмотрены уровни профессиональной ответственности медицинских работников, правила формирования квалификационных требований, необходимость проведения медицинских вмешательств исходя из приоритета интересов пациента и его безопасности.

Ключевые слова: *ответственности медицинских работников, квалификационные требования, приоритет интересов пациента.*

Kuzmin S. B.

LEGAL AND MORAL RESPONSIBILITY OF MEDICAL WORKERS.

The article examines the levels of professional responsibility of medical workers, rules for the formation and qualification requirements, the need for medical interventions based on the priority of the interests of the patient and his safety

Keywords: *the responsibility of medical personnel, qualification requirements, the priority of the interests of the patient.*

Развитие симуляционных технологий способствует расширению возможностей по освоению различных манипуляций, мануальных навыков широким кругом медицинских работников. На сегодняшний день возникает серьёзная, актуальная проблема – применение этих навыков в практической деятельности врачами различных специальностей. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (зарегистрированным в Минюсте РФ 25.08.2010 № 18247) призван способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями и специалистами, а также обеспечению единства подходов при определении должностных обязанностей этих категорий работников и предъявляемых к ним квалификационных требований. В разделе «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» изложен перечень манипуляций и необходимых мануальных навыков

для представителей определённых специальностей [1]. Формального запрета на проведение тех или иных манипуляций представителями других специальностей нет. Но надо учитывать, что на основе перечня формируются унифицированные должностные инструкции, позволяющие работодателю чётко определить пределы компетенции работника. Проведение процедур или манипуляций, выходящих за пределы функциональных обязанностей, будет рассматриваться, как минимум, нарушением должностной инструкции и грозит работнику дисциплинарным взысканием в соответствии с Трудовым кодексом РФ. Ю. Д. Сергеев подчёркивает «Ненадлежащее оказание медицинской помощи является выполнение медицинского вмешательства с нарушением установленных Министерства здравоохранения РФ стандартов и правил, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу для здоровья и жизни пациента» [2].

Однако, при возникновении неблагоприятного исхода, осложнения проведённой манипуляции – уровень ответственности возрастает многократно. Примерами могут служить последствия неосторожного выполнения медицинских манипуляций или нарушений официальных правил, если они причинно связаны со смертью больного или ухудшением состояния его здоровья (статья 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности»; статья 118 УК РФ «Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности»). В их основе лежит форма вины – неосторожность при отсутствии умысла, что выражается в отрицательном отношении к интересам личности, вследствие легкомыслия, самонадеянности или небрежности. В этом случае «лицо, совершившее правонарушение, предвидело опасный характер своих действий или бездействий, но безосновательно рассчитывало на их предотвращение, либо оно не предвидело наступления опасных для здоровья и жизни последствий, хотя при достаточной квалификации и необходимой внимательности должно и могло их предвидеть».

Строгость наказания, в соответствии со статьёй 109 УК «Причинение смерти по неосторожности: ... 2. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового». В соответствии со статьёй 118 УК «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности … 2. … деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, – наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового» [3].

Основаниями ответственности по Российскому уголовному праву являются противоправность деяния и вина лица, совершившего это деяние. В тех случаях, когда врач обвиняется в нарушении профессиональных обязанностей, повлекшем тяжелые для больного последствия, его действия принято исследовать судебно-медицинской экспертной комиссией. Судебно-медицинская экспертная комиссия должна вынести заключение, ответив на целый ряд вопросов:

- ✓ Определить показания к проведению данной манипуляции.
- ✓ Определить обоснованность риска.
- ✓ Уровень практических навыков врача (наличие документов подтверждающих овладением данной манипуляцией, частота выполнения манипуляции).
- ✓ Входит ли данная манипуляция в перечень необходимых для данной специальности.
- ✓ Доказать либо опровергнуть причинно-следственную связь.

При определении обоснованности риска, экспертная комиссия исходит из анализа исходного состояния пациента, степени угрозы для здоровья и жизни, адекватность проведённому мероприятию, прогноз развития процесса при отказе от манипуля-

ции, а также наличие безопасной альтернативы. Наглядным примером могут являться манипуляции, связанные с определённым риском осложнений, проводимые анестезиологом – реаниматологом. Особенно манипуляции проводимые без возможности визуального контроля(катетеризация центральных вен, пункция и катетеризация эпидурального пространства, пункция плевральной полости). Ситуация усугубляется, как правило, резким дефицитом времени, обусловленным состоянием пациента и вероятностью прогрессивного ухудшения.

Риск возможных осложнений соответствует реальной угрозе: резкое, прогрессивное ухудшение состояния пациента, непосредственная угроза смерти, без проведения активных действий, направленных на стабилизацию состояния. Проведение данных манипуляций, когда жизни пациента нет реальной угрозы, риск осложнения от самой манипуляции будет многократно превышать прогнозируемую пользу. А соответственно, возрастает риск наступления уголовной ответственности. Уголовная ответственность не исключает возможности пострадавшего или его родственников обратиться с гражданско-правовым иском с целью компенсации материального и морального вреда. Ответчиком при гражданско-правовом иске, в соответствии с законодательством РФ, является юридическое лицо, то есть лечебное учреждение.

Однако, ни администрация, ни коллектив медицинской организации не согласятся нести финансовое бремя, за очевидное грубое нарушение установленных правил конкретным лицом. Законодательством РФ предусмотрена переадресация суммы иска в порядке регресса, в соответствии со статьёй 1081 Гражданского Кодекса РФ, непосредственному виновнику, нанесшему вред пациенту [4]. Таким образом, выход за пределы профессиональной компетенции, несоблюдение или нарушение функциональных обязанностей грозит медицинскому работнику реальным сроком заключения и многомиллионным иском возмещения материального и морального вреда. Но для врача основным, главным сдерживающим механизмом должен являться не «карающий меч правосудия», то есть вероятность наказания, а приоритет интересов пациента и его безопасность. Профессия врача предполагает

наличие, у человека её выбравшего, не только глубоких теоретических знаний и определённых профессиональных навыком; но и высочайшего уровня нравственных качеств, а также зачастую мужества и внутреннего осознания меры своей ответственности за принятые решения.

Список литературы:

1. *Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», зарегистрированный в Минюсте РФ 25.08.2010 г. № 18247).*
2. *Правоведение. Медицинское право. Под редакцией член-корр. РАН, профессора Ю. Д. Сергеева || М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 430.*
3. *Уголовный кодекс РФ от 13. 06. 1996 г. (с изменениями от 04.08.2014).*
4. *Гражданский кодекс РФ Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21. 10. 1994) (действующая редакция от 14.11.2013).*

Об авторе

Кузьмин Станислав Борисович – ассистент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва.

Kuzmin Stanislav Borisovich – professor assistant Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow.

Кузьмин С. Б.

ОСОБЕННОСТИ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В статье рассмотрены особенности гражданско-правовой ответственности медицинских организаций, на фоне социально-экономических перемен в стране, всё большей коммерциализации медицины, в условиях реформирования здравоохранения. Предъявление медицинским учреждением обратного (регрессного) требования к своему работнику, причинившему вред, как предусмотренный законом путь снижения финансовых потерь.

Ключевые слова: *гражданско-правовая ответственности медицинских организаций, материальная ответственность, моральный вред, регрессное требование.*

Kuzmin S. B.

FEATURES OF CIVIL RESPONSIBILITY OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS AT THE PRESENT STAGE

In article features of civil responsibility of the medical organizations, against social and economic changes in the country, the increasing commercialization of medicine, in the conditions of reforming of health care are considered. Presentation by medical institution of the return (regressny) requirement to the worker who did harm as the way of decrease in financial losses provided by the law.

Keywords: *civil responsibility of the medical organizations, liability, moral harm, regressny requirement.*

Вопросы гражданско-правовой ответственности лечебных учреждений в последние годы приобретают всё большую актуальность. Коммерциализация сферы здравоохранения: развитие договорных отношений в медицине, широкое применение практики платных услуг, активное развитие частной медицины, в условиях реформирования системы здравоохранения и формирования новых правовых механизмов регулирования медицинской деятельности, происходит одновременно с расширением практики судебной защиты прав граждан и увеличения роли гражданско-правового регулирования ответственности в данной сфере общественных отношений. Необходимо отметить повы-

шение эффективности гражданско-правовой ответственности, основанной на принципе полного возмещения убытков, и на современном этапе для медицинских учреждений она является наиболее серьезным последствием ненадлежащего оказания медицинской помощи. Тем более, что действующим гражданским законодательством предусматривается возможность возмещения не только материального ущерба, но и морального вреда. Гражданским Кодексом РФ определяется общий порядок возмездного оказания медицинских услуг. В соответствии со статьями 779-783 ГК РФ медицинские услуги приобретают имущественный и возмездный характер, что позволяет применять к ним гражданско-правовой метод регулирования и устанавливать порядок и условия возмещения причиненного ущерба жизни или здоровью пациента и компенсации морального вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи. [1]

Ещё более усиливает финансовое бремя, налагаемое на медицинскую организацию, Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 17 от 28 июня 2012 г. «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», которое было призвано устранить ряд правовых пробелов в законодательстве. В соответствии с п. 45 Пленума Верховного Суда РФ 28 июня 2012 г., «при решении судом вопроса о компенсации потребителю морального вреда достаточным условием для удовлетворения иска является установленный факт нарушения прав потребителя» [2]. Размер компенсации морального вреда определяется судом независимо от размера возмещения имущественного вреда, в связи с чем размер денежной компенсации, взыскиваемой возмещение морального вреда, не может быть поставлен в зависимость от стоимости работы (услуги) или суммы подлежащей взысканию неустойки. Суды теперь обязаны налагать на клинику штраф.

При удовлетворении судом требований потребителя в связи с нарушением его прав, установленных Законом о защите прав потребителей, которые не были удовлетворены в добровольном порядке частной клиникой, суд взыскивает с ответчика в пользу пациента штраф, независимо от того – заявлялось ли такое требование суду. Это императивное, обязательное к исполнению,

требование. При разрешении требований пациентов необходимо учитывать, что бремя доказывания обстоятельств, освобождающих от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательства, в том числе и за причинение вреда, лежит на медицинской организации, в соответствии с ФЗ «О защите прав потребителей» и ГК РФ. Ответственность за вред, причиненный жизни и (или) здоровью пациента несет работодатель – медицинская организация. Это ориентирует руководителя на поиск предусмотренных законом путей снижения соответствующих финансовых потерь, одним из которых является предъявление медицинским учреждением обратного (регрессного) требования к своему работнику, причинившему рассматриваемый вред. По определению член-корр. РАН, профессора Ю. Д. Сергеева «…регрессивная ответственность направлена на восстановление имущественной сферы того лица, которое понесло убытки, компенсировав потерпевшему его имущественные потери за другое лицо (причинителя)» [3].

На практике существуют определённые трудности, так как в соответствии со ст. 241 ТК РФ устанавливаются пределы материальной ответственности работника за причиненный ущерб в размере среднего месячного заработка. Согласно статье 138 Трудового кодекса Российской Федерации «…общий размер всех удержаний при каждой выплате заработной платы не может превышать 20 % заработной платы, причитающейся работнику. При удержании из заработной платы по нескольким исполнительным документам за работником во всяком случае должно быть сохранено 50 % заработной платы» [4]. Ограничения, установленные статьей 138 ТК РФ, не распространяются на удержания из заработной платы при возмещении вреда, причиненного здоровью другого лица, возмещении вреда лицам, понесшим ущерб в связи со смертью кормильца, и возмещении ущерба, причиненного преступлением. Размер удержаний из заработной платы в этих случаях не может превышать 70 %.

Так же, достаточно сложным представляется определение работодателем размера ущерба, если судебное решение о взыскании суммы возмещения вреда, причиненного жизни, здоровью гражданина, связано с действиями нескольких медицинских работников, так как возникает необходимость установления степени вины каждого из них. Однако, в ст. 243 ТК РФ перечислены случаи привлечения работника к материальной ответственности в полном размере причиненного им ущерба:

- ✓ умышленное причинение ущерба;
- ✓ причинение ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
- ✓ причинение ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;
- ✓ причинение ущерба в результате административного проступка, если таковой установлен соответствующим государственным органом;
- ✓ разглашение сведений, составляющих охраняемую законом тайну.

Достаточно показательным является случай из судебной практики. По факту причинения смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, врач ЦРБ г. N, был осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ на один год и шесть месяцев лишения свободы, без лишения права занимать определенные должности или осуществлять конкретную деятельность, согласно ст. 73 УК РФ условно с испытательным сроком, равным шести месяцам. Медицинское учреждение выплатило сумму компенсации морального вреда в размере ... руб., при этом истец настаивал на взыскании именно с врача суммы компенсации морального вреда, что является его правом. В соответствии с пунктом 1 абзацем 1 ст. 243 ТК РФ материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в случае причинения ущерба в результате преступных действий, установленных приговором суда. При таких обстоятельствах суд пришел к выводу, что требования истца подлежат удовлетворению в полном объеме.

Случаи привлечения медицинского работника к материальной ответственности в полном размере причиненного им при оказании медицинской помощи ущерба всё чаще имеют место. Таким образом, стремление руководителя медицинской организации снизить финансовое бремя, желание освободить весь

коллектив от совместной материальной ответственности за противоправные действия конкретного сотрудника, должно рассматриваться, как стремление к наивысшей нравственной цели – восстановлению социальной справедливости.

Список литературы:

1. *Гражданский Кодекс РФ от 26. 01. 1996г. № 14-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.10.1994) (действующая редакция от 06.04.2015).*
2. *Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 17 от 28 июня 2012 г «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей».*
3. *Правоведение. Медицинское право. Под редакцией член-корр. РАН, профессора Ю. Д. Сергеева || М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 254.*
4. *Трудовой Кодекс РФ от 30. 12. 2001г. № 197-Ф З(принят ГД ФС РФ 21.12.2001) (действующая редакция от 06.04.2015).*
5. *ФЗ РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1 (действующая редакция от 05.05.2014).*

Об авторе

Кузьмин Станислав Борисович – ассистент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва.

Kuzmin Stanislav Borisovich – professor assistant Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow.

Куранов В. Г., Семешко А. И.

ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОРМ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

В статье рассматриваются вопросы соотношения норм медицинского права и медицинской этики. Отмечается, что деонтологические нормы закреплены в качестве источника правового регулирования сферы здравоохранения. Авторы анализируют существующие нормы врачебной этики в Российской Федерации и приводят примеры судебной практики, использующие такие нормы.

Ключевые слова: *медицинское право, биоэтика, врачебная этика, этический кодекс.*

Kuranov V. G., Semeshko A. I.

LEGAL SIGNIFICANCE OF MEDICAL ETHICS STANDARDS

This article discusses the relation standards of medical law and medical ethics. It is noted that deontological rules are fixed as a source of legal regulation of health care. The authors analyze the existing rules of medical ethics in the Russian Federation and an example of judicial practice using such rules.

Keywords: *medical law, bioethics, medical ethics, a code of ethics.*

Соотношению права и морали посвящены многие философские и юридические исследования. В литературе отмечается, что право и мораль представляют собой разновидности социальных норм, образующих в совокупности целостную систему нормативного регулирования и в силу этого обладают некоторыми общими чертами, у них единая нормативная основа. У права и морали один и тот же объект регулирования – общественные отношения. Ученые указывают, что требования права и морали во многом совпадают: действия субъектов, поощряемые правом, поощряются и моралью [4].

Не вызывает сомнений, что право во многом базируется на нормах морали. При этом нормативно-правовые акты, регламентируя общественные отношения, не дают отсылки к нормам морали. Исключением из этого правила является Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6] – базовый закон здравоохранительного права.

Определяя правовые основы организации здравоохранения в РФ, Закон устанавливает систему принципов охраны здоровья. Одним из таких принципов является приоритет интересов пациента.

В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 6 Закона об охране здоровья приоритет интересов пациента реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации. С приведенной нормой коррелирует положение ч. 1 ст. 73 Закона № 323-ФЗ, устанавливающее требование к медицинским работникам осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что российский законодатель, закрепляя обязанность медицинского работника следовать нормам морали, рассматривает мораль как источник права, т.е. как форму закрепления и представления правовых норм.

Приведенный элемент принципа приоритета интересов пациента юридико-технически сформулирован как бланкетная норма. Сам Закон о охране здоровья не содержит перечня норм морали, которым необходимо следовать медицинским работникам, отсылая к медицинской этике и деонтологии. Следовательно, в целях применения данного законодательного положения необходимо уяснить, какие именно нормы морали должны соблюдаться при оказании гражданам медицинской помощи.

Практическое значение изучения данного проявления принципа приоритета интересов пациента заключается в том, что пациент, обладая правом на соблюдение по отношении к нему норм медицинской этики, вправе требовать такого соблюдения от медицинского персонала. Игнорирование врачом или иным медицинским работником норм морали может послужить основанием для иска о компенсации морального вреда в виду претерпевания пациентом психических страданий вследствие негуманного к нему отношения.

Соблюдение моральных и этических норм со стороны медицинских работников проявляется в следовании ими неформальным профессиональным нормам. В частности, известен общий этический постулат «не навреди», который обеспечивает рациональный выбор средств лечения конкретного пациента.

Основополагающие деонтологические нормы содержатся в Принципах медицинской этики, принятых на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН и утвержденных Резолюцией № 37| 194 [5]. Внимание обращает указание в Принципах на то, что относятся они к работникам здравоохранения, в особенности к врачам, к защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Среди международных актов следует отметить принятую в ноябре 1996 г. Советом Европы в Страсбурге Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины, которая провозглашает приоритет интересов отдельного человека над интересами общества и науки и требует от представителей медицинской профессии и социальных работников соблюдения профессиональных стандартов при проведении любого медицинского вмешательства, включая вмешательства, осуществляемые в исследовательских целях. Статьи 5-9 Конвенции закрепляют право пациента на равноправное участие в лечебном процессе, осуществление медицинского вмешательства только с его информированного, осознанного и добровольного согласия.

Зарубежные правопорядки знают своды этических норм для медицинских работников. Подобные документы, как правило, носят название деонтологических кодексов.

Одним из важнейших российских источников этической регуляции поведения медицинского корпуса следует отнести Этический кодекс Российского врача [7]. В соответствии со ст. 3 Этического кодекса недопустимо причинение вреда пациенту, нанесение ему физического, нравственного или материального ущерба ни намеренно, ни по небрежности. Врач не вправе безучастно относиться и к действиям третьих лиц, причиняющих такой ущерб. Врач обязан сопоставить потенциальную пользу с возможными осложнениями от вмешательства, особенно если обследование или лечение сопряжены с болью, применением мер принуждения и другими тягостными для пациента факторами.

Статья 13 Этического кодекса закрепляет право пациента на соблюдение медицинской тайны.

5 октября 2012 г. Первым национальным съездом врачей Российской Федерации был принят кодекс профессиональной этики врача РФ [3]. В преамбуле данного документа указано, что Положения настоящего Кодекса обязательны для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, а также для студентов высших медицинских учебных заведений, временно замещающих врача или ассистирующих врачу.

Необходимо отметить, что Кодекс 2012 г. обязанность врача знать и соблюдать все действующие законы и иные нормативно-правовые акты, имеющие отношение к его профессиональной деятельности (ст. 11). Устанавливая конфиденциальность сведений, составляющих врачебную тайну, Кодекс также оговаривает, что ее разглашение возможно в случаях, предусмотренных российским законодательством (ст. 8).

Кодекс 2012 г. ориентирует медицинских работников на формирование партнерской модели взаимоотношений врача и пациента, базирующейся на принципе информационной открытости. В статье 35 указано, что информированное добровольное согласие или отказ пациента на медицинское вмешательство и любой конкретный его вид должны быть оформлены письменно в соответствии с законодательством и нормативными документами.

Таким образом, можно сделать вывод о стремлении профессионального медицинского сообщества к гармонизации норм врачебной этики с действующим законодательством в сфере здравоохранения.

Нормы врачебной этики применяются и в правоприменительной практике российских судов. Так, Белгородский областной суд оставил в силе решение районного суда, которым отказано в удовлетворении искового заявления об отмене приказа о наложении на медицинского работника дисциплинарного взыскания. При этом судами было установлено, что в действиях медицинского работника имеются нарушения Кодекса медицинской этики [1].

На Кодекс врачебной этики ссылается в своем определении и Томский областной суд [2].

Несмотря на то, что нормы Этического кодекса российского врача используются в судебной практике при рассмотрении вопросов о правомерности наложения дисциплинарных взысканий, нормы права, регулирующие труд медицинских работников, не предусматривают возможности прекращения трудовых правоотношений за совершение аморальных проступков, в отличие, скажем, от судей, прокуроров и следователей прокуратуры, сотрудников милиции и педагогических работников.

Полагаем, что в Трудовой кодекс необходимо внести изменения в части возможности расторжения трудового договора с медицинским работником по инициативе работодателя в связи с совершением аморального поступка. Считаем, что подобная корректировка трудового законодательства будет отвечать принципам охраны здоровья, сформулированным в Законе № 323-ФЗ.

В завершении следует отметить, что при фактическом закреплении норм морали в качестве источника здравоохранительного права отсутствует их инкорпорация в систему нормативного регулирования этой отрасли – статья 3 Закона № 323-ФЗ («Законодательство в сфере охраны здоровья») не содержит упоминания о соотношении нормативных актов и морально-этических установлений. Более того, обязав медицинских работников следовать нормам медицинской этики и деонтологии, законодатель не конкретизировал, какие именно нормы морали должны соблюдаться.

Таким образом, необходимо продолжение работы, направленной на включение положений медицинской этики в систему российского права в целях соблюдения интересов пациента и формирования единообразной правоприменительной практики.

Список литературы:

1. *Апелляционное определение Белгородского областного суда от 14.05.2013 по делу № 33-1556. || СПС «Консультант Плюс».*
2. *Апелляционное определение Томского областного суда от 10.04.2012 по делу № 33-809| 2012. || СПС «Консультант Плюс».*
3. *Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации. (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012) || СПС «Консультант Плюс».*
4. *Теория государства и права: Учебник || под ред. Матузова Н.И., Малько А.В. Юристъ, 2004. С. 314-315.*

5. *Принципы медицинской этики. Приняты 18 декабря 1982 г. Резолюцией 37| 194 на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Официально не опубликованы.*
6. *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 23.07.2013). Официальный интернет-портал правовой информации http:||www.pravo.gov.ru, 22.11.2011.*
7. *Этический кодекс российского врача (утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России. Москва, ноябрь, 1994 г.).*

Об авторах

Куранов Владимир Григорьевич – заведующий кафедрой правоведения Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь.

Семешко Алена Игоревна – к.ю.н., доцент кафедры трудового и международного права Пермского государственного национального исследовательского университета, Пермь.

Kuranov Vladimir Grigorievich – Head Law Department, Perm Vagner State Medical University.

Semeshko Alena Igorevna – Associate Professor, Department of labor and international law, Perm State National Research University.

Максимов И. Л.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Статья посвящена анализу процедуры медиации в сфере здравоохранения с целью урегулирования конфликтов между пациентом и медицинской клиникой.

Ключевые слова: *медиация; здравоохранение.*

Maximov I. L.

LEGAL MEDIATION IN PUBLIC HEALTH

This article analyzes the procedure mediation in the field of public health in order to regulation conflict between patient and medical clinic.

Keywords: *mediation; public health.*

На данный момент не вызывает сомнения факт изменений, произошедших в нашей стране, неминуемо затронувшие и сферу здравоохранения как одну из важнейших сфер жизнедеятельности современного общества. Из истории здравоохранения, очевидно, что медицинская помощь в ней всегда была ответом на определенные социальные потребности, более того, все ее направления оказывает сильное воздействие на социально-нравственное самочувствие общества [1]. Медиация сегодня используется в различных отраслях права при досудебном решении различных жизненных ситуаций:

- ✓ во внесудебном порядке – в случае, когда у спорящих сторон возникают затруднения в урегулировании спора, а обращаться в суд у них намерения нет;
- ✓ в досудебном порядке – в случаях, предусмотренных законом, или на основании внесенной в договор или в иное юридически обязательное соглашение, заключенное между участниками спора, медиативной оговорки о необходимости урегулирования разногласий путем применения процедуры медиации;
- ✓ в рамках судебного процесса – в случае, когда стороны имеют право на любой стадии судебного разбирательства прервать процесс и обратиться к процедуре медиации, а на суд возлагается обязанность предложить сторонам использовать процедуру медиации.

На сегодняшний день в России действует Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» (далее – Закон о медиации) [2], в котором:

- ✓ разграничена сфера применения института медиации;
- ✓ разрешены вопросы применения института медиации относительно судопроизводства и рассмотрения дел третейским судами (например, медиаторы не подлежат допросу в качестве свидетелей, спор не может быть передан в третейский суд при наличии в договоре третейской оговорки, суд может отложить разбирательство дела на время проведения процедур медиации (но не более 60 дней));
- ✓ определена гарантия конфиденциальности информации относящейся к процедуре медиации;
- ✓ определены существенные условия, медиативного соглашения как гражданско-правовой сделки;
- ✓ определены общие требования к медиаторам и их деятельности, возможности создания саморегулируемой организации.

Результат работы медиатора – медиативное соглашение. Неисполнение или ненадлежащее исполнение медиативного соглашения может быть обжаловано в суде. В соответствии с п. 3 ст. 12 Закона о медиации медиативное соглашение, достигнутое сторонами в результате процедуры медиации, проведенной после передачи спора на рассмотрение суда, может быть утверждено судом в качестве мирового соглашения в соответствии с процессуальным законодательством.

Использование посреднических услуг при разрешении споров в медицинской сфере позволяет обеспечить конфиденциальность (что важно для обеих сторон подобных конфликтов), оперативность, учет интересов обеих сторон. Такой способ разрешения спора, как правило, является менее трудоемким и затратным, нежели третейское разбирательство, но также позволяет контролировать исполнение взятых на себя обязательств в рамках медиативного соглашения [3].

При оценки деятельности медицинской сферы, все чаще обращаются к данным по удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Так в процессе анализа судебно-медицинских заключений установлено, что в 41,4% случаев крайней неудовлетворенности пациента оказанием медицинской помощи отсутствовали достаточные основания для наступления юридической ответственности, а сами конфликтные ситуации были обусловлены деонтологическими нарушениями. Многих из этих инцидентов можно было бы избежать, освободив персонал ЛПУ от непродуктивного разрешения конфликта в суде, а судебно-медицинских экспертов – от сложной комиссионной процедуры по оценке заведомо надлежащей медицинской помощи. По международной статистике 40-60% жалоб пациентов могут быть полностью удовлетворены простым объяснением со стороны врачей. Используя в этом случае медиацию можно не допустить медицинский конфликт и предупредить возможные нежелательные последствия для сторон.

В процессе поиска медиатора можно обратиться в организацию, осуществляющую деятельность по обеспечению проведения процедуры медиации, которая может рекомендовать кандидатуру медиатора или назначить их в случае, если стороны направили соответствующее обращение в указанную организацию на основании соглашения о проведении процедуры медиации (ч. 3 ст. 9 Закона о медиации). Медиация важна не только как метод урегулирования споров, но это еще и способ выявления системных ошибок, которых очень много. Юридические конфликты с пациентами в медицинской организации имеют высокую значимость, влияя как на репутацию, так и на экономическую деятельность.

Интеграция института медиации в страховые компании, работающие на рынке медицинского страхования, является значимым элементом формирования культуры взаимодействия в системе здравоохранения. При правовых департаментах страховых компаний должны быть службы медиации для обеспечения оперативного разрешения споров, возникающих с провайдерами медицинских услуг.

Таким образом, внедрение практики использования медиации в здравоохранение, путем подготовки медиаторов для каждого лечебного учреждения, повысит показатели удовлетворенности населения качеством, информативностью и доступностью

медицинской помощи, а также значительно снизит число жалоб со стороны пациентов и улучшит качество оказываемых медицинских услуг медицинскими организациями.

Список литературы:

1. *Мартиросян С.А. Медиация в сфере здравоохранения || Экономика и социум. 2014. №4.*
2. *Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)».*
3. *Пасикова Т.А. Перспективы развития внесудебных способов урегулирования споров, возникающих при оказании медицинских услуг || Правовые основы в здравоохранении. 2013. №2. С. 10-15.*

Об авторе

Максимов Игорь Леонидович – доцент кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского Государственного Медицинского Университета, доцент, кандидат медицинских наук, Казань

Maximov Igor Leonidovich – assistant professor bioethics, medical law and history of medicine Department, Kazan State Medical University, assistant professor, PhD, Kazan

Насырова А. Н.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В статье приводятся статистические данные эпидемического распространения ВИЧ-инфекции на территории Российской федерации за последние два года и дается обзор нормативно-правовых актов, регулирующих оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам с патологией челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: *Статистические данные, эпидемические распространение, ВИЧ-инфекция, нормативно-правовые акты, оказание медицинской помощи, ВИЧ-инфицированные пациенты, патология челюстно-лицевой области.*

Nasyrova A. N.

NORMATIVE AND LEGAL REGULATION OF RENDERING MEDICAL AID TO HIV-INFECTED PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL PATHOLOGY

The article gives statistical data of the epidemic spread of HIV infection on the RF territory for the past two years. The article also reviews normative and legal regulation of rendering medical aid to HIV-infected patients with maxillofacial pathology.

Key words: *Statistical data, epidemic spread, HIV infection, normative and legal regulation, rendering medical aid, HIV-infected patients, maxillofacial pathology.*

Россия – одна из немногих стран в мире, где число новых заражений ВИЧ-инфекцией и число смертей, связанных с ВИЧ|СПИД, продолжают возрастать. В стране на 1 мая 2015 г. официально было зарегистрировано 933 419 инфицированных ВИЧ и сообщено о смерти 192 465 из них по данным Роспотребнадзора. В Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом персонифицированные данные о смертях ВИЧ-позитивных лиц поступали с существенной задержкой. Вследствие ВИЧ-инфекции в России умерло 58393 больных. По данным Роспотребнадзора в 2014 году умерло 24416 больных ВИЧ-инфекцией, что на 9 % больше, чем в 2013 г.

В Российской Федерации ВИЧ-инфекция поражает преимущественно молодое население, но наблюдается перемещение инфекции в более старшие возрастные группы. Наиболее поражены ВИЧ-инфекцией в 2013 г. были мужчины в возрасте 30-34 года (2,5 % инфицированных ВИЧ) и женщины того же возраста (1,4 %). В 2014 г. новые случаи ВИЧ преимущественно регистрировались у россиян в возрасте 30-40 лет (46,8 %).

Пораженность ВИЧ-инфекцией на 1 мая 2015 г. составляла 0,5 % среди всего населения России, а среди возрастной группы 15-49 лет были инфицированы ВИЧ 0,9 % населения.

Оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам с патологией челюстно-лицевой области регулируется следующими нормативно-правовыми актами:

1. Конституция Российской Федерации
2. Федеральный закон от 30. 03. 1995 № 38-ФЗ (ред. от31.12.2014) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»
4. Приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи»

ВИЧ-инфицированные – граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и обязаны в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации [2].

Российская федерация гарантирует предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст 4. п. 6,ФЗ № 38»О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»).

Оказание медицинской помощи взрослому населению осуществляется при стоматологических заболеваниях зубов, пародонта, слизистой оболочки рта, языка, слюнных желез, челюстей, лица и головы, включающих:

- ✓ кариозные, некариозные и другие поражения зубов;
- ✓ острые, хронические и специфические воспалительные заболевания, острую и хроническую травму, приобретенные дефекты и деформации, онкологические заболевания пародонта, слизистой оболочки рта, языка, слюнных желез, челюстей, лица и головы;
- ✓ аномалии и дефекты развития зубов, челюстей, лица и головы, их предпосылки и последствия (приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях)».

По медицинским показаниям ВИЧ-инфицированным, оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан [2].

Медицинская помощь ВИЧ-инфицированному взрослому населению при патологии челюстно-лицевой области оказывается в виде:

- ✓ скорой медицинской помощи;
- ✓ первичной медико-санитарной помощи;
- ✓ специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Данной группе населения предусмотрено выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи.

При выявлении у ВИЧ-инфицированного пациента заболевания или состояния, представляющих угрозу жизни, медицинская помощь оказывается в оказывается в экстренной форме.

В соответствии с приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23.11.2004 № 6136), фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи оказывается скорая, в том числе

скорая специализированная, медицинская помощь при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным в амбулаторных и стационарных условиях, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции (ст. 16).

В условиях эпидемического распространения ВИЧ-инфекции, идущие параллельно процессы выявления новых случаев инфицирования, и накопление больных ВИЧ| СПИДом, приводят к возрастанию заносов ВИЧ-инфекции в ЛПУ с увеличением вероятности профессиональных контактов медицинских работников с ВИЧ-инфицированными. В связи с этим возрастает роль определения факторов риска инфицирования и профессиональных рисков не только в целевых группах, но и среди медицинских работников, имеющих биологический фактор риска заражения ВИЧ, в частности среди врачей-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов и среднего медицинского персонала, что позволит совершенствовать комплекс профилактических мероприятий в отношении ВИЧ-инфекции в ЛПУ.

Список литературы:

1. *Статистические данные предоставлены Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора*
2. *Федеральный закон от 30. 03. 1995 № 38-ФЗ (ред. от31.12 2014)»О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»*
3. *Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 27.01.2012 № 23035)*
4. *Приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23.11.2004 № 6136)*

Об авторе

Насырова Аймара Наилевна – врач, юрист, старший преподаватель кафедры медицинского права ГБОУ ПМГМУ им И. М. Сеченова

Nasyrova Aimara Nailevna – doctor, lawyer, senior teacher of the Medical Law Chair of the First I. M. Sechenov Moscow State Medical University

Павлова Ю. В.

СИСТЕМА МЕР ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В статье рассматриваются проблемы, связанные с охраной репродуктивного здоровья населения России, а также с реализацией репродуктивных прав человека. Проведен анализ норм международного права, закрепляющих право граждан на свободу репродуктивного выбора. Проанализированы потенциальные риски для репродуктивного здоровья женщины при ограничении права на искусственное прерывание беременности. Приведены решения Европейского Суда по правам человека по делам, связанных с абортом.

Ключевые слова: *Репродуктивное здоровье, репродуктивные права населения, демографическая политика государства, планирование семьи, искусственное прерывание беременности.*

Pavlova J. V.

MEASURES ON REPRODUCTIVE HEALTH AND REPRODUCTIVE RIGHTS IN THE RUSSIAN FEDERATION: ACHIEVEMENTS AND PROSPECTS

The article discusses the problems associated with the implementation of reproductive rights. The analysis of international law recognizing the right to freedom of reproductive choice. Analyzed the potential risks to women's reproductive health by limiting reproductive rights to abortion. The decisions of the European Court of Human Rights in cases related to abortion.

Keywords: *Reproductive health, reproductive rights, population policy of the state, family planning, abortion.*

Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья населения, создание предпосылок для повышения рождаемости, укрепление института семьи для Российской Федерации сегодня является одним из приоритетных направлений национальной политики.

Репродуктивное здоровье и репродуктивные права – новеллы демографической политики. Вместе с тем, права, связанные с осуществлением репродуктивной деятельности человека, имеют свой исторический международный концептуальный якорь и были признаны в решениях ООН еще в 1968 году. Концепция репродуктивных прав, в частности права на репродуктивный выбор была сформулирована на Международной конференции по правам человека, прошедшей в Тегеране 23 мая 1968 года [1].

Неоценимый вклад в изменение взглядов мирового сообщества на охрану репродуктивного здоровья и репродуктивных прав человека внесла Международная конференция ООН по народонаселению и развитию (Каир, 1994), на которой 180 государств (в том числе и Россия) признали, что репродуктивные права являются частью социальных отношений и государства – участники должны обеспечить условия выбора репродуктивного поведения [2].

Реализация вышеуказанных программ в нашей стране является выполнением международных обязательств Российской Федерации. Россия, присоединившись к итоговым решениям указанных международных документов, признало право каждой женщины на свободный репродуктивный выбор – это, прежде всего, право на свободу при принятии решения по реализации ее репродуктивной функции – наступления желанной беременности и рождения желанных детей или использования методов контрацепции, а в случае наступления незапланированной беременности – возможности ее прерывания в условиях оказания доступной, безопасной, эффективной и высококвалифицированной медицинской помощи.

С соответствии с Конституцией РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права, с учетом отечественного и зарубежного опыта в Российской Федерации был принят ряд нормативно-правовых актов, определивших систему мер по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья и репродуктивных прав населения.

В частности, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит отдельную главу «Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья», нормами которой закреплены:

- ✓ Права семьи в сфере охраны здоровья.
- ✓ Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья.

- ✓ Права несовершеннолетних в сфере охраны репродуктивного здоровья.
- ✓ Порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий.
- ✓ Условия и порядок искусственного прерывания беременности и медицинской стерилизации [3].

В развитие норм Федерального закона принят ряд подзаконных актов, способствующих реализации положений закона и закрепляющих медицинские и правовые аспекты мер по охране репродуктивного здоровья и репродуктивных прав граждан.

Таким образом, можно отметить положительную тенденцию, направленную на создание эффективного механизма защиты прав и законных интересов граждан Российской Федерации в сфере охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав.

Вместе с тем, нельзя оставить без внимания неоднократные законодательные инициативы, направленные на ограничение репродуктивного права женщины на искусственное прерывание беременности,представляющие собой прямую угрозу репродуктивному здоровью и репродуктивным правам населения России (введение законодательного запрета на финансирование абортов за счет бюджетных средств, прерывание беременности с согласия супруга, возможность прервать беременность только по медицинским показаниям и только в государственных учреждениях здравоохранения и т.п.).

Как показывает исторический опыт, демографические проблемы в России не могут и не должны решаться путем введения законодательных запретов на искусственное прерывание беременности. Так, постановлением ЦИК от 27 июня 1936 года «О запрещении абортов…» аборты в СССР были запрещены [4]. Законодательный запрет не привел к ожидаемым результатам, не помешал росту числа абортов и снижению рождаемости. В период запрета было налажено производство нелегального аборта. Аборт превратился в дорого оплачиваемое преступление. Возросла не только материнская смертность, но и число случаев детоубийства. Все это вынудило власти вновь легализовать аборты.

Право самостоятельно решать вопрос о материнстве является неотъемлемой частью широкого диапазона фундаментальных прав человека, а именно, прав женщин на равенство, жизнь, здоровье, неприкосновенность личности, частной и семейной жизни, свободу вероисповедания, совести и убеждений, и свободу от рабства, пыток, а также жестокого, бесчеловечного или унизительного обращения.

В современном мире нет никаких оснований полагать, что при легализации абортов увеличивается их количество. Так, после отмены запрета на проведение операций по прерыванию беременности в Барбадосе, Канаде, ЮАР, Тунисе, Турции количество проводимых абортов не увеличилось. При этом в Нидерландах, где доступ к абортам свободен, их количество одно из самых низких в мире [5].

Исключением является Ирландия, где люди очень консервативные и верующие и в стране действует строгий закон по абортам, проведение которого разрешено только в случае угрозы здоровью женщины. Но множество исследований доказывают, что женщины из Ирландии путешествуют в Великобританию для искусственного прерывания беременности, что дает привилегированную позицию женщинам из более обеспеченных семей. По оценкам экспертов, каждый день 12 женщин должны поехать в Великобританию, чтобы получить доступ к безопасным и законным абортам.

В 2010 году Европейский суд по правам человека вынес решение в отношении аборта в деле АБС против Ирландии. Три женщины, которые использовали псевдонимы А, Б и С, были вынуждены выехать за пределы Ирландии для проведения аборта в другой стране, подали в суд при поддержке Ирландской Ассоциации по планированию семьи, которая впоследствии описала этот случай нижеследующим образом:

Первая заявительница уже имела детей, которые находились под опекой государства в результате личных проблем матери, и рассмотрение вопроса об увеличении количества детей в семье ставило большой вопрос об уже имеющихся членов семьи в будущем.

Вторая не была готова становится родителем одиночкой. Третья заявительница находилась на восстановительном лечении

после ракового заболевания, когда она забеременела. Не зная о своей беременности, она прошла через серию проверок, противопоказанных при беременности.

Судьи приняли решение, что Ирландия не смогла выполнить свои конституционные обязательства по обеспечению доступа к аборту, предусмотренному законодательством в случаях, когда беременность угрожает жизни женщины, и тем самым правительство страны нарушило статью 8 Европейской Конвенции по правам человека. Суд единогласно признал, что законы Ирландии, связанные с абортом, нарушают права человека, непосредственно касающиеся женщин и что Ирландия обязана сделать услугу по прерыванию беременности с целью спасения жизни доступной [6].

Есть и другие решения Европейского Суда по правам человека, которые позволили ряду жалоб, касающихся вопросов, связанных с абортом, найти свое положительное разрешение в суде.

Российское законодательство, закрепляя право самостоятельно решать вопрос о материнстве (ст. 56 ФЗ № 323), определяет множество правовых гарантий, позволяющих женщине при наступлении беременности сделать выбор в пользу рождения ребенка. В частности, впервые введен «период ожидания» для женщин, решивших прервать беременность. Согласно ст. 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» искусственное прерывание беременности проводится в зависимости от срока беременности не ранее 48 часов до семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию. Позиция законодателя направлена на уменьшение количества абортов, на сохранение демографической стабильности, так как зачастую решение о прерывании беременности для многих женщин является спонтанным и преждевременным.

Важнейшие стратегические направления по обеспечению единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и профилактики абортов определены Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» [7].

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2007 г. № 335 утвержден образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель [8]. Женщина, принявшая решение о прерывании беременности должна быть проинформирована о возможных осложнениях и отдаленных последствиях на всех этапах оказания данного вида медицинской помощи.

Более того, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н закрепил порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности [9]. Согласно данному документу при первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности медицинский работник направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). Отдельно определены правила организации деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (КоАП РФ) [10] введена статья 6.32, определяющая меры административной ответственности за нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности и т.д.

Нельзя не согласится с мнением специалистов, что нежелательная беременность – явление не биологическое, а социальное. Поэтому общество несет ответственность за то, что в нем отсутствуют правила и механизмы, предотвращающие нежелательное зачатие, а также за создание условий для рождения каждого зачатого ребенка. Невозможность совместить жизнь по биологическим законам (и в соответствии с религиозными воззрениями) с социальным положением семьи требует от государства не запрещать искусственное прерывание беременности, а от церкви – не осуждать женщин, а взять на себя совместную (и главную) ответственность за соучастие в убийстве не рождённых детей [11].

Таким образом, гарантиями права на жизнь не родившегося ребенка являются, прежде всего, меры по предотвращению искусственного прерывания беременности, особая забота о беременных женщинах, что глубоко укоренено в исторических традициях России.

Список литературы:

1. *Сборник международных договоров СССР. Вып. XXXVII. М., 1983. С. 26-36.*
2. *Международное публичное право. Сборник документов. Т. 1. М.: БЕК, 1996. С. 460-464.*
3. *Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48. Ст. 6724.*
4. *Постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г. || Декреты Советской власти. Т. 1. М., 1957.*
5. *Павлова Ю.В., Мурзабаева С.Ш. Этические и правовые проблемы реализации репродуктивных прав человека при искусственном прерывании беременности || Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015. № 1. С. 11-17.*
6. *www.ifpa.ie|eng| Hot-Topics| Abortion| ABC-v-Ireland.*
7. *Собрание законодательства Российской Федерации от 15 октября 2007 г. № 42. Ст. 5009.*
8. *Российская газета от 24 октября 2007 г. № 237.*
9. *Российская газета от 25 апреля 2013 г. № 90| 1.*
10. *Российская газета от 31 декабря 2001 г. № 256.*
11. *Азарова Е.Г. Социальное обеспечение детей: теоретические подходы: монография. 2012. С. 36.*

Об авторе

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

Pavlova Julia Vladimirovna – associate professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow, 08101967@list.ru

Породенко В. А., Ломакина Л. И., Травенко Е. Н., Ильина А. В.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ИЗУЧЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРАВОВЫМИ СРЕДСТВАМИ

Статья посвящена методологическим подходам к изучению студентами положений Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по формированию здорового образа жизни, стратегиям и нормативно-правовому обеспечению.

Ключевые слова: *здоровый образ жизни, правовые меры, способствующие формированию здорового образа жизни и препятствующие разрушению здоровья*

Porodenko V. A., Lomakina L. I., Travenko E. N., Il'ina A. V.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF THE FORMATION OF THE HEALTHY WAY OF LIFE THROUGH LEGAL MEANS

Article is dedicated to the methodological approaches to the study of the students of the Federal law on fundamentals of protection of the health of citizens in the Russian Federation for the promotion of a healthy lifestyle, strategies and regulatory and legal support.

Keywords: *healthy lifestyle, legal measures conducive to the promotion of a healthy lifestyle and preventing the destruction of health*

В последние годы профилактическому направлению медицины придается особенно большое значение. Формирование у населения здорового образа жизни (ЗОЖ) считается одной из основных задач здравоохранения. Впервые в истории отечественной медицины государство берёт на себя обязательство по поводу формирования ЗОЖ среди населения и выделяет на это средства [1].

В статье 1 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах…») понятие «профилактика» характеризуется как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных

на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Анализ данного понятия позволяет выделить составляющие профилактики:

1. формирование здорового образа жизни;
2. предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний;
3. раннее выявление заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития;
4. устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Приоритет профилактики выделен в качестве одного из основных принципов охраны здоровья (ст. 4 ФЗ «Об основах…»).

В статье 12 ФЗ «Об основах…» определены пути обеспечения приоритета профилактики в сфере охраны здоровья, первым из которых является разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни.

Однако изучение государственной политики и законодательного регулирования этого направления пока еще не находят должного отражения в правовом образовании врача, хотя правовая грамотность признается ведущими специалистами в области медицинского права основой профессиональной деятельности врача [3, 4] .

Цель работы – рассмотреть методологические подходы к изучению проблем нормативно-правового регулирования формирования здорового образа жизни граждан в подготовке медицинских кадров.

Согласно определению ВОЗ, образ жизни – «это способ жизни, основывающийся на идентифицируемых видах и особенностях поведения, определяющихся взаимодействием между личностными характеристиками человека, социальным взаимодействием и социально-экономическими и экологическими условиями жизни» [2].

Показатели продолжительности жизни, заболеваемости и смертности населения в РФ значительно хуже, чем в других экономически развитых странах мира. Российское здравоохранение признано неэффективным и оказалось на последнем месте в ежегодном рейтинге национальных систем здравоохранения, который опубликовало агентство Bloomberg. В 2014 году в него вошла 51 страна, чье население превышает пять миллионов человек. При расчетах учитывалась продолжительность жизни и затраты государства на медицину. Российское здравоохранение оказалось на 51-м месте по эффективности. Средняя продолжительность жизни здесь сравнительно низкая – 70,2 года (для сравнения – в Сингапуре – 82,1 года). При этом на каждого жителя приходится 887 долларов (в Сингапуре – 2426 долларов), а общая доля расходов на здравоохранение в экономике – 6,3 процента. Россию «обогнали» такие страны, как, например, Азербайджан, Алжир и Иран [5].

Вместе с тем, большинство причин смертности предотвратимы. Термин «предотвратимая смертность» обозначает «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые благодаря усилиям системы здравоохранения на основе современных знаний и практики» [1].

Известно, что формирование ЗОЖ и изменение поведения человека для укрепления здоровья – чрезвычайно сложные задачи. Курение, алкоголь, наркотики, высококалорийное питание и спонтанные половые отношения расцениваются многими людьми как удовольствие. Напротив, поведение, способствующее сохранению здоровья, может расцениваться как ограничительное или неприятное.

ВОЗ подчеркивает, что не существует никакого «оптимального образа жизни», который должен быть всем предписан. Задачи государства – обеспечить гражданам свободный информированный выбор здорового образа жизни, сделать здоровый образ жизни доступным для каждого [1].

Основной методологический принцип, используемый нами при анализе проблемы, заключается в изучении правовых документов, поддерживающих формирование ЗОЖ и повышающих доступность того, что полезно для здоровья, а также нормативов, ограничивающих или запрещающих то, что вредит здоровью. Характерно, что как поддержка «здорового» поведения, так и препятствие «угрожающему» поведению осуществляются на уровне государства во многом с помощью общих стратегий и мер – за-

конодательных, финансовых, коммуникационных, образовательных и медицинских.

Тема «Правовые и медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни», разработанная нами, предусматривает изучение международных и отечественных нормативно-правовых актов, таких, как: Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака; ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. на 22.10.2014); ФЗ от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»; ФЗ от 22 ноября 1995 г. № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (с изм. и доп. на 2.11.2013); Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы (утв. распоряжением Правительства РФ от 23 сентября 2010 г. № 1563-р); Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р) (с изм. и доп.); Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. (утв. распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р); Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 25 октября 2010 г. № 1873-р) и др.

Законодательное регулирование в качестве общей стратегии рассматривается нами в двух аспектах – правовые меры, поддерживающие формирование ЗОЖ и препятствующие формированию нездорового образа жизни. Способствуют формированию ЗОЖ государственная поддержка физкультуры и спорта, обязательное физическое воспитание в школах, определение требований к производству пищевых продуктов и т.д.

К правовым мерам, препятствующим формированию нездорового образа жизни мы относим полный запрет на использование наркотических препаратов с немедицинскими целями и уголовная

ответственность за их распространение; ограничение употребления алкогольных напитков и табака в виде запрещения продажи несовершеннолетним, ограничение времени и мест продажи, употребления в общественных местах, запрещение рекламы и пр.

Коммуникационные и образовательные стратегии заключаются в разъяснении факторов поведения, способствующих и угрожающих здоровью, с помощью средств массовой информации, в интернете, с использованием информационных материалов, семинаров, дискуссий и т.п. В качестве примера коммуникационной стратегии мы отсылаем студентов к порталу МЗ России www. takzdorovo. ru.

Особое внимание мы уделяем мерам медицинской поддержки – это оценка индивидуальных факторов риска всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью; проведение скрининга населения; консультирование по вопросам изменения поведения; предоставление специализированной помощи людям с алкогольной, никотиновой и наркотической зависимостями, ожирением и т.п. Эти меры должны осуществляться врачами, оказывающими первичную медицинскую помощь, а также специалистами и сотрудниками центров здоровья. Безусловно, все перечисленные медицинские работники должны пройти соответствующее обучение, а также все лечащие врачи, согласно закону об охране здоровья от воздействия табака.

По оценкам ВОЗ, из-за болезней, вызванных курением, в России ежегодно умирает до 400 тыс. россиян. Поэтому мы акцентируем внимание студентов на ФЗ от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», который принят на замену Федерального закона от 10 июля 2001 г. № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака» исходя из необходимости реализации Рамочной конвенция ВОЗ по борьбе против табака, которая заключена в г. Женеве 21 мая 2003 г. и к которой Россия присоединилась в 2008 г.

Методологически важным, на наш взгляд, является изучение статей этого закона в отношении прав и обязанностей граждан, способов защиты прав и ответственности за нарушение обязанностей; просвещение населения и информирование его о вреде

потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма и, особенно, оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака (ст. 17).

Лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, закон предписывает оказывать медицинскую помощь, направленную на прекращение потребления табака, включая профилактику, диагностику и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе стандартов и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

А лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию, независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана.

Таким образом, реализация разработанного нами методологического подхода позволяет:

1. Обосновать законодательными мерами стратегию государства на формирование ЗОЖ населения.
2. Уяснить обязанности врача и врачебного сообщества по содействию формированию ЗОЖ пациентами.
3. Подчеркнуть этические аспекты проблемы и требования к личности врача, так как мотивировать пациентов к ведению ЗОЖ может только врач, сам демонстрирующий приверженность принципам и правилам здорового образа жизни.

Список литературы:

1. *Вартапетова, Н. В. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии | Н. В. Вартапетова, А. В. Карпушкина || Здравоохранение: журн. для руководителя и глав. бухгалтера. 2011. № 9. С. 76-86.*
2. *Основы профессиональной деятельности врача (правовые аспекты). Учебное пособие. Часть 1 | сост. Л. И. Ломакина, В. А. Породенко, Е. Н. Травенко, Е. И. Быстрова, А. В. Ильина. Под ред. профессора В. А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет || Краснодар: КубГМУ, 2014. 143 с.*

3. *Сергеев Ю. Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 976 с.*
4. *Трусова Л. Н., Рассказова В. Н. Правовая грамотность защита профессиональной деятельности врача. || Медицинское право. Федеральный научно-практический журнал. 2014. № 2 (56). С. 25-28.*
5. *Депутаты не захотели запрещать самим себе лечиться за рубежом: http:||medportal.ru| mednovosti| news| 25.09.2014 11:38:54*

Об авторах

Породенко Валерий Анатольевич – зав. кафедрой судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, профессор, доктор медицинских наук, Краснодар.

Ломакина Людмила Иосифовна – ст. преподаватель кафедры судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, доцент, кандидат медицинских наук, Краснодар.

Травенко Елена Николаевна – доцент кафедры судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, доцент, кандидат медицинских наук, Краснодар.

Ильина Анна Владимировна – ассистент кафедры судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, Краснодар.

Valery A. Porodenko – Director Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, Professor, doctor of medical sciences, Krasnodar.

Lyudmila I. Lomakina – art. Lecturer, Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, Associate Professor, candidate of medical sciences, Krasnodar.

Elena Nikolaevna Travenko – Associate Professor of the Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, Associate Professor, candidate of medical sciences, Krasnodar.

Anna V. Ilina – Assistant of the Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, Krasnodar.

Поспелова С. И., Форверц А. Ю.

НОВЕЛЛЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 20 ИЮЛЯ 2012 г. № 125-ФЗ «О ДОНОРСТВЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ»

В статье приведен обзор исторических предпосылок, которые оказали влияние на законодательство в сфере донорства крови и её компонентов, выявлены новеллы правового регулирования с помощью сравнительно-правового анализа Закона РФ от 9 июня 1993 г. ФЗ № 5142-I «О донорстве крови и её компонентов» (утратил силу) и Федерального закона от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и её компонентов»

Ключевые слова: *донорство крови и её компонентов; права доноров, принципы донорства; ответственность за нарушение законодательства о донорстве крови.*

Pospelova S. I., Forverts A. Y.

INNOVATIONS OF FEDERAL LAW OF JUNE 20, 2012 NO. 125-FZ «CONCERNING THE DONORSHIP OF BLOOD AND COMPONENTS THEREOF»

Annotation: The article provides an overview of the historical prerequisites, which influenced the legislation on donations of blood and its components, revealed novel legal regulation with the help of comparative legal analysis of the Law of June 9, 1993 FZ № 5142-I «About donorship of blood and its components» (become invalid) and the Federal Law of July 20, 2012 № 125-FZ «About donorship of blood and its components».

Keywords: *donorship of blood and its components, law donorship, principle donorship, responsibility for violation of the donorship legislation*

Донорство, как историческое явление в общемировой врачебной практике, появилось сравнительно недавно. Первое успешное переливание крови от человека к человеку было произведено в конце XVIII века, американским врачом Филлипом Синг Физиком [1]. В России первое переливание крови от человека к человеку сделал петербургский акушер Г. Вольф. Это была роженица, потерявшая большое количество крови. Переливание прошло успешно, и женщина была спасена. Первое теоретическое обоснование переливания крови принадлежит профессору Медико-хирургической академии С.Ф. Хотовицкому, который в 1830 году писал: «При сильных кровотечениях, когда уже налицо все признаки приближающейся смерти… нет другого средства к спасению, как переливание крови» [2].

Однако о развитии донорства в России можно говорить, только сначала XX века, когда 20 июня 1919 года советским хирургом Владимиром Шамовым проведено первое в России научно обоснованное переливание крови с учетом ее групповой принадлежности. Этому предшествовала большая подготовительная работа по созданию отечественных стандартных сывороток для определения группы крови [3].После этого в России, на тот момент являющейся РСФСР началось активное развитие донорского движения. В 1928 году народный комиссар здравоохранения РСФСР Николай Семашко утвердил Инструкцию по применению лечебного метода переливания крови. В ней излагались требования к донору, определялся максимально допустимый объем забираемый крови (не более 1% от массы тела, а для исключительно здоровых людей – 1,25%)

К середине 1930-х годов в России сформировались основные научные принципы донорства: максимум пользы больному, никакого вреда донору и добровольность этого акта. К 1940 году Советский Союз располагал мощной сетью учреждений Службы крови (НИИ, большое количество оснащенных станций переливания крови). Такая отлаженная система переливания донорской крови позволила в годы Великой Отечественной войны спасти жизни тысячам раненых бойцов. В годы войны было зарегистрировано 5,5 миллиона доноров, что обеспечило возможность проведения 7 миллионов переливаний крови.

С середины 1950-х годов широкое распространение получило безвозмездное донорство. За последующие 30 лет число желающих бесплатно сдать свою кровь достигло 70-80% от общего числа доноров [4].

В период с конца1990-х по начало 2000-х, в связи политическими событиями августа 1991 года отразившихся критически на всех сферах экономической и социальной жизни страны, произошло так же сокращение числа доноров до 13 на 1000 человек. Хотя по данным мировой практики необходимо минимум 25 человек на 1000 для обеспечения лечебных учреждений донорской кровью [5].

В 2008 году, когда положение с донорством крови было признано несущим угрозу для здоровья граждан и безопасности страны, Минздравсоцразвития России была принята Программа развития Службы крови на 2008-2011 годы, включающая три направления: модернизацию технического оснащения учреждений Службы, создание единой информационной базы и развитие института массового безвозмездного донорства крови и ее компонентов [6]. Уже тогда стало понятно, что действующий на тот момент Закон РФ от 9 июня 1993 г. № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов» (далее – старый закон) [7] морально устарел. На смену действовавшего до 1 января 2013 г. старого закона пришел Федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» (далее – новый закон) [8], который установил новые правовые, организационные, экономические и социальные основы развития донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации.

Среди основных новелл Закона следует отметить введение обширного терминологического аппарата в области донорства крови и ее компонентов, установление новых принципов донорства, обеспечения безопасности доноров и реципиентов.

Многие положения нового закона фактически совпадают с положениями ФЗ № 5142-I. Меры социальной поддержки безвозмездных доноров остались прежними. Вместе с тем, в новом законе, в отличие от старого, правом на бесплатное питание наделены только безвозмездные доноры. Перечень мер социальной поддержки лиц, награжденных нагрудным знаком «Почетный донор России» остался прежним, увеличился лишь размер ежегодной денежной выплаты (с 6000 до 10557 руб.) [9]. Вопросы предоставления донорам оплачиваемых отгулов по-прежнему регулируются ТК РФ (ст.186) [10].

Введены ограничения для платного донорства: теперь оно осуществляется только в случаях определенных Миндравом РФ. В новом законе, как и в законе от 1993 г., правила учета смешанных донаций не описаны [11].

Закон исправлен с точки зрения юридической техники. Некоторые статьи, хотя и не являются новеллами закона, но значительно упрощают его правоприменение, поскольку систематизируют разбросанные по нескольким самостоятельным статьям старого закона нормы (например, ст.12 Требования к донору, его права и обязанности, ст.13 Медицинское обследование донора).

Новый закон существенно подробнее, чем закон 1993 г., описывает права и обязанности доноров, процедуры работы с донорской кровью, обеспечения её безопасности.

Среди нововведений также можно отметить следующее:

- ✓ сформулированы новые принципы донорства крови (безопасность донорской крови, добровольность сдачи крови; обеспечение социальной поддержки и соблюдение прав доноров; поощрение и поддержка безвозмездного донорства крови и (или) ее компонентов);
- ✓ раскрыты организационные начала функционирования службы крови на территории РФ;
- ✓ введены положения о порядке обеспечения кровью и ее компонентами (ст.17)
- ✓ предусмотрено создание общероссийской базы данных по донорству крови и её компонентов, а так же регистр доноров (ст.20);
- ✓ закреплена возможность сдачи крови и её компонентов иностранными гражданами, а так же лицами не достигшими 18 лет;
- ✓ предусмотрено права на сдачу крови не только по месту постоянной или временной регистрации, а, например, по месту текущей работы или учебы;
- ✓ расширены требования к той информации, которую донор должен сообщать о себе;
- ✓ удалено требование обязательного страхования доноров на случай заражения инфекционными заболеваниями при выполнении донорской функции.

Отдельно внимания заслуживают новеллы закона, предусматривающие ответственность за несоблюдение требований безопасности технического регламента о безопасности крови. В отличие от старого закона 1993 г., ст.16 которого носила сугубо отсылочный характер, ст.27 нового Закона является более конкретной и развернутой.

Следуя логике законодателя, Федеральным законом от 5 мая 2014 г. № 119-ФЗ глава 6 КоАП РФ была дополнена статьей 6.31 «Нарушение законодательства о донорстве крови и ее компонентов» [12] которая предусматривает ответственность не только для должностных, но и для юридических лиц. Указанная норма содержит два самостоятельных состава административных правонарушений:

1. ч. 1 ст.6.31 посвящена административной ответственности всех субъектов обращения донорской крови и (или) ее компонентов за несоблюдение ими требований безопасности технического регламента о требованиях безопасности крови;
2. ч. 2 ст.6.31 устанавливает ответственность только субъектов обращения донорской крови и (или) ее компонентов, осуществляющих их клиническое использование за несообщение или сокрытие информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов [13].

Таким образом, действующее законодательство о донорстве крови полностью отвечает общемировым и советским принципам, сформированным ещё в 30-е годы. Вместе с тем, новый закон более совершенен с точки зрения юридической техники, конкретизирует права и обязанности доноров, а также меры юридической ответственности за нарушение законодательства, что в целом выступает гарантией безопасности донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации.

Список литературы;

1. *История донорства [Электронный ресурс] || Центр крови ФМБА России [Офиц.сайт]. URL: http:||www.bloodfmba.ru| ru| donorship| history. http:||www.bloodfmba.ru (дата обращения: 16.04.2015).*
2. *История донорства [Электронный ресурс] || Служба крови – Пермский край [Офиц.сайт]. URL: http:||pkspk.ru| new| ?page_id=326. http:||pkspk.ru (дата обращения: 16.04.2015).*
3. *Переливание крови и кровозаменителей в хирургии и педиатрии: учебное пособие для студентов медицинских вузов по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия» [Седов и др.]. М.: Дашков И.К., 2007. 128 с. .*
4. *История донорства в России [Электронный ресурс] || РиаНовости [Офиц. сайт]. 04.08.2012 г. URL: http:||ria.ru| spravka| 20120804| 715583985.html http:||ria.ru (дата обращения: 16.04.2015).*

5. *Сборник информационных материалов для организаторов донорского движения. М.: Координационный центр по организации, развитию и пропаганде добровольного донорства крови при Общественной палате Российской Федерации; [отв.ред. Н.В. Вершинина, О.В.Гришина]. 2010. 200 с. С.11 -14.*
6. *Всемирный день донора крови [Электронный ресурс] || Медицинский журнал – независимое издание [Офиц. сайт]. 14.06.2012 г. URL: http:||mednp.ru| main| mednovosti| 2012| 06| vsemirnyy-den-donora-krovi.aspx http:||mednp.ru(дата обращения: 16.04.2015).*
7. *Закон РФ от 9 июня 1993 г. ФЗ № 5142-I «О донорстве крови и её компонентов» (утратил силу) || РГ. 1993. 15 июля.*
8. *Федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и её компонентов» от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ || РГ. 2012. 23 июля.*
9. *О порядке награждения доноров крови и (или) ее компонентов нагрудным знаком: Постановление Правительства Рос.Федерации, 26 нояб. 2012 г. № 1228 || Рос. газ. 2012. 30 ноября.*
10. *Трудовой кодекс Рос.Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ (ТК РФ) || Собрание законодательства Российской Федерации от 7 января 2002 г. № 1 (часть I) ст. 3.*
11. *Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р. Особенности национальной оплаты донорства крови || Менеджер здравоохранения, 2013. №8. С.27-32.*
12. *Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ || Собрание законодательства Российской Федерации от 7 января 2002 г. № 1 (часть I) ст. 1.*
13. *Поспелова С.И. Административная ответственность за нарушение законодательства о донорстве крови и ее компонентов: новеллы правового регулирования. || Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы): Материалы III межрегиональной научно-практической конференции. М.: Национальный институт медицинского права, 2014. 240. С. 183-188.*

Об авторах

Поспелова Светлана Игоревна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, кандидат юридических наук, Москва, pshenn@mail.ru

Форверц Анна Юрьевна – студентка 3 курса медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, Москва, anna.forverts@gmail.com

Pospelova Svetlana Igorevna – assistant professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow, pshenn@mail.ru

Forverts Anna Yurievna – third-year student, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, anna.forverts@gmail.com

Самутичева Е. Ю.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

В статье обозначены некоторые проблемы, возникающие в сфере лекарственного обеспечения онкологических больных, в том числе инвалидов. В целях профилактики нарушений прав пациентов в данной области автором также рассмотрены основные положения действующего законодательства, регулирующие порядок получения онкологическими больными льготных лекарственных средств в Российской Федерации.

Ключевые слова: *онкологические больные, инвалиды, льготное лекарственное обеспечение, нормы действующего российского законодательства*

Samuticheva E. Y.

DRUG SUPPLY CANCER PATIENTS: MYTH OR REALITY ?

The article focuses on the problems of getting free medication by cancer patients, including disabled people. In order to prevent the breach of patients' rights the author also analyses the current Russian law that enables the cancer patients to obtain free medication.

Keywords: *cancer patients, disabled people, free medication, the current Russian law*

В современный период по-прежнему лекарственное обеспечение пациентов с онкологическим диагнозом представляет одну из «болевых точек» российской системы здравоохранения. В качестве эмпирической базы для проведения анализа проблемы реализации норм действующего законодательства в данной сфере использованы статистические данные, полученные на «Всероссийской горячей линии помощи онкологическим больным и их близким» АНО «Проект СО-действие (Социально Ответственное действие) (далее – «Горячая линия») за 2014 г.

Ненадлежащее лекарственное обеспечение онкологических больных является одним из поводов для обращения абонентов на «Горячую линию». Согласно статистике АНО «Проект СО-действие» всего за 2014 г. юристами «Горячей линии» обработан 721 запрос, из них 18 % связано с указанной проблемой, включая трудности с получением обезболивающих лекарственных препаратов.

Исходя из анализа полученных данных ситуации, с которыми сталкиваются онкологические больные, можно классифицировать на следующие группы:

- ✓ отказ в выписывании им льготного лекарственного препарата (по причине неустановления группы инвалидности, либо отказа инвалида от набора социальных услуг, либо в связи с отсутствием лекарственного препарата в аптечной организации, либо нахождения пациента в другом субъекте РФ не по месту жительства);
- ✓ выписывание недостаточного количества обезболивающего лекарственного препарата в случае необходимости оказания им паллиативной медицинской помощи;
- ✓ игнорирование возможности рассмотрения вопроса о назначении лекарственного препарата, не входящего в стандарты медицинской помощи, либо по торговому наименованию в целях наиболее эффективного лечения;
- ✓ отказ аптечной организации в выдаче льготного лекарственного препарата по предъявленному рецепту по причине его временного отсутствия без проведения в дальнейшем каких-либо мероприятий по организации его поставки или организации его замены.

Следует отметить, что вышеуказанные действия медицинских и фармацевтических работников не отвечают требованиям действующего российского законодательства.

Пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, независимо от наличия инвалидности на основании Постановления Правительства РФ от 30 июля 1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» имеют право на получение льготных лекарственных препаратов, перечень которых утверждается на региональном уровне в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [1].

В случае установления инвалидности пациент при оформлении им набора социальных услуг приобретает дополнительное право на получение лекарственных препаратов, включенных в Перечень

лекарственных препаратов, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 сентября 2006 № 665 «Об утверждении перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг» (далее – Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера)) [2].

Исходя из разъяснений Министерства здравоохранения и социального развития РФ, «при одновременном наличии права на получение лекарственного обеспечения в рамках набора социальных услуг, предоставляемого за счет средств федерального бюджета, а также в рамках льготного порядка обеспечения лекарственными средствами, предоставляемыми за счет средств субъекта РФ, граждане вправе получать лекарственное обеспечение по двум основаниям» [3]. В свою очередь, отказ инвалида от набора социальных услуг не лишает онкологического больного права на получение региональной лекарственной льготы.

Кроме того, лечащий врач не вправе отказывать в назначении лекарственного препарата, ссылаясь на его отсутствие в аптеке. Выписывая рецепт пациенту, он должен руководствоваться лишь медицинскими показаниями.

Отказ в выписывании рецепта на лекарственный препарат, предоставляемый по федеральной льготе онкологическому больному, признанному инвалидом и не отказавшемуся от набора социальных услуг в части лекарственного обеспечения, по причине его нахождения на территории иного субъекта РФ также является неправомерным. Согласно п. 2. 8 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2004 г. № 328 «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» он может обратиться в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение и при предъявлении документов, указанных в данном Приказе, ему должен быть выписан рецепт на необходимые лекарственные препараты с отметкой «иногородний» в правом верхнем углу при наличии медицинских показаний [4].

В случае, когда онкологический пациент нуждается в оказании паллиативной помощи, выписывание недостаточного по медицинском показаниям количества обезболивающего лекарственного препарата является грубым нарушением его права на облегчение боли, предусмотренного п. 4 ч. 5 ст. 19 Федерального Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ [5]. Как признает Министерство здравоохранения РФ, от болевого синдрома паллиативные пациенты в терминальной стадии страдают свыше, чем в 60 % случаях [6]. Российское законодательство допускает в таком случае превышать количество требуемого им лекарственного препарата для выписывания на один рецепт, но не более чем в два раза [7]. Согласимся с тем, что в целях понимания специалистами, осуществляющими назначение, выписывание и использование наркотических препаратов, принципов и средств лечения боли, а также владения ими правилами подбора наркотических препаратов при различных ее видах, руководителям медицинских организаций необходимо организовывать курсы повышения их квалификации [6].

Абоненты «Горячей линии» также выражают недоумение по поводу выписывания им или их родственникам неэффективных лекарственных препаратов. Данная проблема может быть разрешена путем рассмотрения на врачебной комиссии медицинской организации вопроса о назначении при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) лекарственного препарата, не входящего в стандарты медицинской помощи, либо по торговому наименованию [8].

В случае временного отсутствия лекарственного препарата в аптеке онкологический больной имеет право на организацию его отсроченного обслуживания либо синонимической замены.

Согласно п. 2. 13 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 декабря 2005 г. № 785 «О порядке отпуска лекарственных средств» (далее – Приказ Минздравсоцразвития РФ № 785) рецепты на лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), и не вошедшие в минимальный ассортимент лекарственных средств, обслуживаются в срок, не

превышающий десяти либо пятнадцати (в отношении рецепта на лекарственное средство, назначенного по решению врачебной комиссии) рабочих дней с момента обращения больного в аптечную организацию. Законодательством также установлены сжатые сроки в отношении рецептов с пометкой «statim» (немедленно), «cito» (срочно), а также на лекарственные препараты, вошедшие в минимальный ассортимент лекарственных средств [9].

Согласно разъяснениям, изложенным Федеральной Службой в сфере здравоохранения РФ в Письме от 6 февраля 2006 № 01И-60| 06 рецепт, принятый на отсроченное обслуживание, регистрируется в журнале «Неудовлетворенного спроса», после чего аптечная организация формирует заявку и представляет ее в фармацевтическую организацию, осуществляющую деятельность в конкретном регионе [10]. В указанном Письме также установлено, что при невозможности фармацевтической организации удовлетворить заявку аптеки, аптека обязана обеспечить пациента за счет собственных запасов или закупить препарат самостоятельно, если он входит в Перечень льготных препаратов, предоставляемых в рамках государственной социальной помощи.

Даже если срок действия рецепта истек в период его нахождения на отсроченном обслуживании, аптечная организация обязана отпустить назначенный пациенту лекарственный препарат (п. 2. 4 Приказа Минздравсоцразвития РФ № 785). Однако исходя из разъяснений Минздравсоцразвития РФ, содержащихся в Письме от 24 мая 2007 № 4185-ВС данное требование не распространяется на наркотические средства и психотропные вещества, а также на иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету [11].

Согласно п. 2 и 4 Письма Росздравнадзора от 6 февраля 2006 № 01И-60| 06 необеспечение пациента или необоснованный отказ аптечных организаций в выдаче лекарственных препаратов по рецептам лицам, имеющим право на получение набора социальных услуг, должны рассматриваться территориальными органами Росздравнадзора РФ как несоблюдение аптекой лицензионных требований и условий [12].

Таким образом, можно констатировать, что несмотря на нормативное закрепление порядка лекарственного обеспечения онкологических больных право пациента на получение лекарственных препаратов, в том числе обезболивающих, часто остается нереализованным. Возникновение данной проблемы может быть обусловлено недостаточной осведомленностью медицинских и фармацевтических работников о нормах законодательства, регулирующего указанную сферу общественных отношений, а также сбоями в закупках и (или) поставках лекарственных препаратов. В целях соблюдения принципов социального государства необходим надлежащий контроль со стороны компетентных органов государственной власти, руководителей медицинских и аптечных организаций за лекарственным обеспечением онкологических больных, который позволяет повышать качество и продолжительность их жизни.

Список литературы:

1. *Собрание законодательства Российской Федерации от 08.08.1994. № 15. Ст. 1791.*
2. *Российская газета от 03.10.2006. № 220.*
3. *Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.02.2006 № 489-ВС «Об отпуске лекарственных средств населению по рецептам врачей при амбулаторном лечении бесплатно и с 50-процентной скидкой» || СПС Консультант Плюс: Законодательство: Версия Проф. URL: http:||www.consultant.ru| document| cons_doc_LAW_62158*
4. *Российская газета от 16.02.2005. № 31.*
5. *Собрание законодательства Российской Федерации от 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.*
6. *Письмо Министерства здравоохранения РФ от 20.11.2014 № 25-4| 10| 2-8738 «По вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии» || СПС Консультант Плюс: Законодательство: Версия Проф. URL: http:||www.consultant.ru| document| cons_doc_LAW_127205|*
7. *П. 15 Приложения № 1 к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» || Российская газета от 03.07.2013. № 142.*
8. *Ч. 5 ст. 37 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ || Собрание законодательства Российской Федерации от 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.*
9. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 декабря 2005 г. № 785 «О порядке отпуска лекарственных средств» || Российская газета от 20.01.2006. № 10.*
10. *Бюллетень нормативно-справочной информации по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Выпуск 3. 2006.*
11. *Письмо Министерства здравоохранения РФ от 24 мая 2007 № 4185-ВС || СПС Консультант Плюс: Версия Проф. URL: http:||www.consultant.ru| document| cons_doc_LAW_68850*
12. *Письмо Росздравнадзора от 06.02.2006 № 01И-60| 06 «О порядке обеспечения временно отсутствующими лекарственными препаратами» || СПС Консультант Плюс: Версия Проф. URL: http:||base.consultant.ru| cons| cgi| online.cgi?req=doc;base=EXP;n=448714*

Об авторе

Самутичева Екатерина Юрьевна – ассистент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, юрисконсульт АНО «Проект СО-действие», Москва.

Samuticheva Ekaterina Yuryevna – assistant Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, lawyer of «Project SO-deystvie», Moscow.

Семешко А. И., Куранов В. Г.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ НОРМ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье рассматриваются проблемы реализации в правоприменительной практике разных видов норм, регулирующих отношения в сфере здравоохранения. Исследуются различные способы закрепления правил поведения врачей на уровне международно-правовых и национально-правовых актов. Авторами анализируются отдельные примеры источников здравоохранительного права и даются рекомендации по их эффективному правоприменению.

Ключевые слова: *Международное здравоохранительное право, нормы медицинских ассоциаций, источники здравоохранительного права, проблемы правоприменения, эффективное правовое регулирование, отношения в сфере здравоохранения.*

Semeshko A. I., Kuranov V. G.

TOPICAL ISSUES OF ENFORCEMENT INTERNATIONAL LAW IN THE HEALTH CARE

The article deals with the problem of implementation in the law enforcement practice of different kinds of norms regulating relations in the health care. Explore different ways of fixing the rules of conduct of doctors at the level of international law and national legislation. The authors analyze some examples of sources Health Law and recommendations for their effective enforcement.

Key words: *International Health Law, the rules of the medical associations, the right to healthcare resources, the problem of enforcement, effective legal regulation of relations in the health care.*

В настоящее время можно констатировать существенный рост роли международного права в правовой политике большинства государств, в том числе и РФ. Современная юридическая практика показывает, что соблюдение государствами норм международного права, обеспечение их правильного правоприменения, создание международных органов по контролю над их исполнением оказывают серьезное влияние на совершенствование системы национального законодательства, в том числе в сфере здравоохранения.

Конституция РФ в п. 4 ст. 15 признается составной частью российской правовой системы общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договора РФ, устанавливает приоритет норм международных договоров над нормами законов РФ [5]. Этот аспект еще раз подчеркивает актуальность и верность логики изучения прав человека в области охраны здоровья через анализ международных правовых актов, определяющих объем указанных прав, их содержание и основные направления обеспечения [8].

В современной науке права активно дебатируются такие понятия как «медицинское право», «международное медицинское право», «здравоохранительное право», «международное здравоохранительное право». В рамках представленного исследования не представляется возможным высказаться по указанной теме, при этом важно выделить те источники права, которые составляют круг регуляторов отношений, входящих в сферу здравоохранения. Так, представляется вполне обоснованным мнение, что международное медицинское право – это часть международного права, которая регулирует межгосударственные отношения по вопросам здравоохранения и медицины. Исходя из этого, следует источниками этой отрасли права считать те международные договоры и конвенции, нормы которых направлены, прежде всего, на улучшение здоровья народов в мирное время и, кроме того, на охрану здоровья людей в случае войны [9]. Не обсуждая здесь дефиницию и объем понятий «здравоохранительное право» и «международное здравоохранительное право», при этом взяв их за основу при обсуждении правоотношений в сфере здравоохранения, видится корректным утверждать следующее. Исходя из того факта, что само по себе здравоохранительное право является комплексной правовой структурой, думается, верно включать в круг источников, регулирующих исследуемые правоотношения (в том числе на международном уровне) как нормы международных договоров и национальных законов, так и принципы международного права, а также акты международных организаций (в том числе неправительственных) и профессиональных медицинских ассоциаций.

К примеру, сегодня проблемы правового регулирования отношений в сфере здравоохранения решаются такими междуна-

родными межправительственных и неправительственных организациями как ООН, ЮНЕСКО, ВОЗ, Всемирная Ассоциация медицинского прав, Совет Европы, Европейский Союз, Всемирная Медицинская ассоциация (далее – «ВМА»), Международный совет медицинских научных обществ, Комитет по международному медицинскому праву и другие. Принятые этими организациями документы играют важную роль в определении норм и правил поведения субъектов здравоохранительного права.

Важный аспект создания и правоприменения норм как международных договоров, так и рекомендаций и иных актов международных организаций, занимающихся регулированием отношений в сфере здравоохранения, состоит в том, что даже международные договоры как источники международного здравоохранительного права приобретают некоторые черты нормативно-правовых актов. Специфика договора – его согласительная природа. При этом с учетом наличия договорных начал появляется и нормативный характер документа. На первый взгляд, можно увидеть в таком процессе противоречие, которое может заключаться в ликвидации согласительной основы документа и появлении у него характеристик акта, исходящего от органа власти. Однако в случае исследования сущности конвенции как вида международного договора, можно отметить следующее. В соответствии с п. 2 ст. 9 Венской конвенции о праве международных договоров «текст договора принимается на международной конференции путем голосования за него двух третей государств, присутствующих и участвующих в голосовании, если тем же большинством голосов они не решили применять иное правило» [1]. Таким образом, часть государств (голосующих против или отсутствующих) подчиняется решению (резолюции о принятии конвенции) международной организации, под эгидой которой заключается договор. При этом принятие конвенции налагает обязательства на государства-участников международного договора по реализации норм такой конвенции и выполнению обязательств по договору.

В случае с рекомендательными актами международных организаций, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения, их регулирующая роль вытекает напрямую из членства в

таких организациях. Более того, важно отметить, что степень эффективности регулирования правоотношений такого рода нормами может быть высокой исходя из добровольности членства в таких организациях. В данном случае их исполнение обеспечивается не силами государств, а осознанным выбором субъектов здравоохранительного права следовать существующим правилам поведения.

В частности, с целью обеспечения гарантий независимости врачей и высоких стандартов их этической деятельности, на международном уровне была создана Всемирная Медицинская Ассоциация – Всемирный врачебный парламент, международная организация, представляющая врачей мира и устанавливающая международные нормы медицинской деятельности, обязательные для исполнения врачами всех стран, – основана в 1947 г. на Первой Генеральной Ассамблее ВМА в Париже, в которой приняли участие национальные медицинские организации (НМО) из 27 стран. ВМА всегда оставалась независимой международной медицинской организацией, устанавливающей международные нормы в деятельности врачей.

Россия стала членом Всемирной Медицинской Ассоциации в 1996 г., тем самым приняв на себя обязательство по исполнению международно-правовых норм, принимаемых Генеральной Ассамблеей ВМА.

Одним из важнейших документов ВМА, посвященных врачебному самоуправлению и независимости врачей, является Декларация ВМА о правах человека и личности практикующих врачей [3], принятая 37-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в 1985 г. В ней провозглашается равенство возможностей для каждого врача в медицинских ассоциациях и научных обществах, в образовании и приеме на работу. Высказывается протест против практики лишения врачей их законного права и обязанности быть членами национальной медицинской ассоциации по причине какой бы то ни было дискриминации. Также она призывает пресекать любые случаи нарушения принципа равенства возможностей, прав и обязанностей.

Не менее важным документом, принятым Всемирной Медицинской Ассоциацией является Декларация о независимости и

профессиональной свободе врача, принятая в Калифорнии, США в 1986 г. [2]. В ней говорится о том, что врачи должны обладать профессиональной независимостью, чтобы представлять и защищать интересы своих пациентов от любых действий, которые приводят к ограничению или отказу в помощи больным и пострадавшим. Кроме того, должна обеспечиваться независимость и профессиональная свобода медицинской практики, гражданам должен быть гарантирован наилучший уровень здравоохранения, что в свою очередь способствует становлению сильного и надежного общества.

Следующим документом, принятым ВМА стала Мадридская Декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей [4]. В ней обозначается главная цель профессиональной автономии – обеспечение свободы профессиональных решений врачей при оказании медицинской помощи. Рассматривается вопрос стоимости медицинской помощи как один из элементов самоуправляемости. Документ призывает создавать и поддерживать структуры врачебного самоуправления в своих странах и активно участвовать в их работе.

Последовав мировому опыту, врачи РФ также воспользовались правом на создание союзов и ассоциаций. На основе анализа их деятельности можно заметить, что ими вносится заметный вклад в развитие системы российского здравоохранения. Отдельно можно отметить, к примеру, Этический кодекс Российского врача [7], Кодекс Врачебной Этики [6], другие подобные документы. Они действуют на всей территории Российской Федерации и обязательны для всех врачей, входящих в медицинские ассоциации, под эгидой которых приняты соответствующие документы, региональные отделения (филиалы) этих ассоциаций, а также профессиональные объединения, признавшие такого рода документы официально. Врач, не входящий в профессиональные ассоциации, объединения, может лично принять положения актов и руководствоваться ими в своей профессиональной деятельности.

Таким образом, можно сделать промежуточный вывод о том, что при наличии норм, выработанных ассоциациями, осуществляющими свою деятельность в сфере здравоохранения, их при-

менение на практике пока не является прозрачным и доступным, что, в свою очередь, напрямую влияет на их эффективность. Задача продолжения исследования в этом направлении – определение наиболее точных способов реализации существующих из искомым норм и положений, а также создание условий для выработки и применения таких норм, которые обеспечат высокое качество оказания медицинских услуг и организации здравоохранения в целом.

Список литературы:

1. *Конвенция о праве международных договоров. 23 мая 1969 г. || Международное публичное право: Сб. документов. В 2 т. Т. 1. М., 2006. С. 320-338.*
2. *Декларация ВМА о независимости и профессиональной свободе врача. 1986 г. || [Электронный документ] URL: http:||www.wma.net| en| 30publications| 10policies| 20archives| f9| Дата обращения 01.06.2015 г.*
3. *Декларация ВМА о правах человека и личности практикующих врачей. 1985 г. || [Электронный документ] URL: https:||www1.umn.edu| humanrts| instree| medicalfreedom.html Дата обращения 01.06.2015 г.*
4. *Декларация профессиональной автономии и самоуправлении врачей. 1987 г. || [Электронный документ] URL: http:||www.e-stomatology.ru| star| info| 2010| madrid_declaration.htm Дата обращения 01.06.2015 г.*
5. *Конституция Российской Федерации 1993 г. || Российская газета. 1993. № 237.*
6. *Кодекс Врачебной Этики 7.06.1997 || [Электронный документ] URL: http:||www.med-pravo.ru| Ethics| CodeEthicsRF1.htm Дата обращения: 01.06.2015 г.*
7. *Этический кодекс российского врача (утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России. Москва, ноябрь, 1994 г.) || [Электронный документ] URL: http:||www.med-pravo.ru| Ethics| EthCodRF.htm Дата обращения: 01.06.2015 г.*
8. *Нелюбина Е.В. Международно-правовое закрепление социальных прав человека и гражданина || Государство и право. – 2010. – № 2. – С. 99.*
9. *Михайлов В.С. О содержании и источниках международного медицинского права || [Электронный документ] URL: http:||www.law.edu.ru| doc| document.asp?docID=1130730 Дата обращения 01.06.2015 г.*

Об авторах

Семешко Алена Игоревна – к.ю.н., доцент кафедры трудового и международного права Пермского государственного национального исследовательского университета, г. Пермь.

Куранов Владимир Григорьевич – заведующий кафедрой правоведения Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь.

Semeshko Alena Igorevna – Associate Professor, Department of labor and international law, Perm State National Research University.

Kuranov Vladimir Grigorievich – Head Law Department, Perm Vagner State Medical University.

Сергеев Ю.Д., Концевая А.Ю.

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ДОЛЖНОСТНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОСТОЯНИЕ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

В статье рассмотрены вопросы законодательного регулирования уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления, представлена классификация профессиональных преступлений медицинских работников, проанализированы новеллы уголовного законодательства в сфере здравоохранения

Ключевые слова: *профессиональные правонарушения, правовая грамотность, уголовная ответственность медицинских работников.*

Sergeyev Y. D., Kontsevaya A. Y.

CRIMINAL LIABILITY OF MEDICAL TECHNICIANS FOR PROFESSIONAL OFFENCES

In this article are reviewed legislative regulation issues of medical employees' criminal liability for professional crimes, is submitted the classification of professional crimes by medical employees, are analyzed innovations of criminal legislation in sphere of public health.

Keywords: *medical employees' professional offenses, law literacy, criminal amenability.*

Проблема уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные и должностные преступления представляет собой одну из самых сложных проблем, которые медицинская практика поставила перед правом.

Стремительное развитие современного законодательства, возросшие требования к оказанию качественной медицинской помощи, факты неблагоприятных исходов медицинского вмешательства, ненадлежащего врачевания убедительно свидетельствуют о необходимости повышения юридических знаний в медицинской профессии [1, 3].

Изучение и систематизация обстоятельств, способствующих совершению профессиональных правонарушений необходимы для повышения уровня правовой грамотности медицинских работников,

снижения рисков их профессиональной деятельности и профилактики совершения медицинскими работниками подобных деяний.

После проведения правового анализа уголовного законодательства, состоящего из Уголовного кодекса Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ и введенного в действие с 1 января 1997г. (далее – УК РФ) было установлено, что действующий УК РФ предусматривает широкий перечень преступлений, которые могут быть совершены медицинскими работниками. Основные из них возможно классифицировать в следующие группы:

I. Преступления против жизни и здоровья человека

1. Неоказание помощи больному (ст. 124) без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью.
2. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч.2 ст. 109);
3. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118);
4. Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120) совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения или совершенное в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного;
5. Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122);
6. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст.123) лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля или если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью;

II. Против свободы, чести и достоинства личности

1) Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ч.2 ст. 128) или то же деяние, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия.

III. Против конституционных прав и свобод человека и гражданина

1. Нарушение неприкосновенности частной жизни (ст.137): незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой или те же деяния, совершенные лицом с использованием своего служебного положения или незаконное распространение в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, средствах массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетях информации, указывающей на личность несовершеннолетнего потерпевшего, не достигшего шестнадцатилетнего возраста, по уголовному делу, либо информации, содержащей описание полученных им в связи с преступлением физических или нравственных страданий, повлекшее причинение вреда здоровью несовершеннолетнего, или психическое расстройство несовершеннолетнего, или иные тяжкие последствия.

IV. Против семьи и несовершеннолетних

1. Подмена ребенка (ст.153) совершенная из корыстных или иных низменных побуждений;
2. Незаконное усыновление (удочерение) (ст.154) детей, передача их под опеку (попечительство), на воспитание в приемные семьи, совершенные неоднократно или из корыстных побуждений;
3. Разглашение тайны усыновления (ст.155) вопреки воле усыновителя, совершенное лицом, обязанным хранить факт усыновления (удочерения) как служебную или профессиональную тайну, либо иным лицом из корыстных или иных низменных побуждений.

V. Против здоровья населения и общественной нравственности

1. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (ст. 228);
2. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (ст. 229);
3. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233);
4. Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта (ст. 234);
5. Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235);
6. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236);
7. Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 237);
8. Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238).

Совсем недавно, в декабре 2014 года в Уголовный Кодекс РФ был включен ряд преступлений в области незаконного производства лекарственных средств. Введена ответственность за:

1. Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий (ст. 235.1 УК РФ) если такое разрешение (такая лицензия) обязательно (обязательна). Эти же деяния могут быть совершены организованной группой и в крупном размере;
2. Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок (ст. 238.1 УК РФ): производство, сбыт или ввоз на территорию РФ фальсифицированных лекарственных средств или медицинских изделий, либо сбыт или ввоз на территорию РФ недоброкачественных, незарегистрированных лекарственных средств или медицинских изделий, фальсифицированных биологически активных добавок, содержащих не заявленные при государственной регистрации фармацевтические субстанции, совершенные в крупном размере. Эти же деяния могут быть совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; могут повлечь по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека, смерть двух или более лиц.

Действие статьи 235.1 УК РФ не распространяется на случаи незаконных сбыта и ввоза на территорию Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров, сильнодействующих или ядовитых веществ, а также незаконного производства наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров. Крупным размером в настоящей статье признается стоимость лекарственных средств, медицинских изделий или биологически активных добавок в сумме, превышающей сто тысяч рублей.

(ст. 327.2 УК РФ) Изготовление в целях использования или сбыта либо использование заведомо поддельных документов на лекарственные средства или медицинские изделия или упаковки лекарственных средств или медицинских изделий. Совершение этих деяний организованной группой наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

VI. Преступления против государственной власти, интересов государственной службы

1. Злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ);
2. Превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ)
3. Получение взятки (ст. 290 УК РФ): должностным лицом в значительном, крупном или особо крупном размере, а так же получение взятки должностным лицом за незаконные действия (бездействие):

- ✓ лично или через посредника;
- ✓ взятки в виде денег, ценных бумаг, иного имущества либо в виде незаконных оказания ему услуг имущественного характера, предоставления иных имущественных прав за совершение действий (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц;
- ✓ если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо если оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе;

4. Служебный подлог (ст. 292 УК РФ);
5. Халатность (ст. 293 УК РФ).

VII. Экологические преступления

1. Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (статья 248 УК РФ).

Итак, действующий Уголовный кодекс РФ содержит комплекс статей из 7 различных разделов, совершаемых медицинскими работниками в процессе их деятельности, и предусматривающих суровое наказание. Проанализировав составы вышеприведенных статей, следует отметить, что совершение преступления медицинским работником в ходе своей профессиональной деятельности является квалифицирующим обстоятельством и, как следствие, предусматривает повышенную ответственность. Как верно подчеркивает профессор Ю.Д. Сергеев, «каждый случай неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи, обусловленного обстоятельствами субъективного характера, каждое профессиональное правонарушение должны расцениваться медицинской общественностью как чрезвычайное происшествие» [2]. В связи с этим, для повышения правовой грамотности медицинских и фармацевтических работников (которая является важнейшим элементом профилактики подобных негативных явлений), представлен аналитический обзор профессиональных и должностных преступлений в сфере здравоохранения, а также выявленные новеллы уголовного законодательства в данной области.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Каменская Н.А. и др. Учебно-методическая и научно-практическая деятельность кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова || Медицинское право. 2013. № 4 (50). С.3-14.*
2. *Правоведение. Медицинское право: Учебник | Под ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: МИА, 2014. 552 с.*
3. *Сергеев Ю.Д. Медицинское право. Учебный комплекс в 3-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 784 с.*
4. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (введен в действие с 1 января 1997г.) || Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. № 25 ст. 2954.*

Об авторах

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Концевая Анастасия Юрьевна – студентка 3 курса лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Sergeyev Yuriy Dmitrievich – corresponding member of RAN, Honoured jurist of Russian Federation, Doctor of Medical Science, professor, head of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University

Anastasia Kontsevaya – third-year student, Sechenov First Moscow State Medical University,

Скребнева Н. А.

МЕЖДУНАРОДНОЕ ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Статья посвящена правовому регулированию медицинских отношений на международном уровне; в ней рассматриваются фундаментальные международные источники права, закрепляющие права человека и основополагающие принципы в области здравоохранения, а также зарубежный опыт правового регулирования данных отношений.

Ключевые слова: международное правовое регулирование, источники права, медицинские отношения

Skrebneva N. A.

INTERNATIONAL LEGAL REGULATION OF MEDICAL RELATIONS

The article is devoted to legal regulation of medical relations at the international level; it addresses the fundamental sources of international law, enshrining human rights and the fundamental principles of health care, as well as foreign experience of legal regulation of these relations.

Keywords: international law regulation, sources of law, medical relations

Вопросам соблюдения прав и свобод человека во всех демократических государствах уделяют особое внимание, причем развитие правовой системы защиты прав человека идет в направлении дифференциации отдельных групп населения, нуждающихся в особом отношении (в зависимости от их возраста, пола, состояния здоровья и т.д.). В связи с этим закономерно возрастает значение правовой защиты пациента.

Основополагающим документом в этой области является принятая в 1948 г. Всеобщая декларация прав человека. К основным ее положениям относятся: статья 3 (право на жизнь); статья 5 (запрет на применение пыток и жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение);статья 7 (защита от дискриминации);статья 12 (право на частную жизнь);статья 19 (право на поиск, получение и распространение информации);статья 25 (право на медицинскую помощь) [1]. В последующем Генеральной Ассамблеей ООН был принят целый

ряд международных деклараций и конвенций, обеспечивающих права отдельных социальных групп населения (женщин, детей, беженцев, заключенных и т.д.). Среди них такие, как:

- ✓ Декларация о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений: Резолюция 36/55 ГА от 25 ноября 1981 г.
- ✓ Конвенция о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах: Конвенция № 169 МОТ от 27 июня 1989 г.
- ✓ Декларация о ликвидации дискриминации в отношении женщин: Резолюция 2263 ГА от 7 ноября 1967 г.
- ✓ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин: Резолюция ГА 34/180 от 18 декабря 1979 г. (статья 12 защита от дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения; статья 14(2)(b) (право женщин, проживающих в сельских районах, на доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию)
- ✓ Конвенция о правах ребенка: Резолюция 44/25 ГА от 20 ноября 1989 г. (статья 24 право на наивысший достижимый уровень здоровья).
- ✓ Конвенция о статусе беженцев: Резолюция 429 от 14 декабря 1950 г.
- ✓ Устав Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев: Резолюция 428 ГА от 14 декабря 1950 г.
- ✓ Минимальные стандартные правила обращения с заключенными: одобрены Экономическим и Социальным Советом в его Резолюциях 663 С от 31 июля 1957 г. и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 г.
- ✓ Основные принципы обращения с заключенными: Резолюция 45/111 от 14 декабря 1990 г. и др.

Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 г. наряду с Всемирной декларацией прав человека и Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах является частью Международного билля о правах и содержит следующие актуальные для защиты прав пациента права: статья 2 (1) (защита от дискриминации); статья 6 (право на жизнь); статья 7 (запрет на применение пыток и жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение); статья 9 (право на свободу и личную неприкосновенность); статья 10 (право

лиц, лишенных свободы, на уважение их достоинства); статья 17 (право на частную жизнь); статья 19 (2) (право на поиск, получение и распространение информации); статья 26 (право на равенство перед законом) [2]. Основной статьей Международного пакта об экономических, социальных, культурных правах в области здравоохранения является статья 12, закрепляющая право на наивысший достижимый уровень здоровья [3].

Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, заключенная в 1965 году в статье 5 (1) (е) запрещает расовую дискриминацию в отношении права на здравоохранение и медицинскую помощь [4].

Приоритет интересов отдельного человека над интересами общества и науки провозглашает принятая в ноябре 1996 г. Советом Европы в Страсбурге Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины. Как указано в статьях 5-9 Конвенции, каждый пациент имеет право на равноправное участие в лечебном процессе, а также право на информированное добровольное согласие на любое медицинское вмешательство [6].

Особое значение в области регулирования медицинских отношений имеют также документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 г., Копенгагенская декларация 1994 г. и др.), документы Всемирной медицинской ассоциации (Токийская декларация 1975 г., Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 г., Декларация об эвтаназии 1987 г., Декларация о трансплантации человеческих органов 1987 г., Хельсинкская декларация 1989 г. и др.) [6].

Декларация о медицинском обслуживании, ориентированном на пациента, принятая в 2007 г. Международным альянсом организаций пациентов (МАОП)) провозглашает пять основополагающих принципов:

1) Уважение. Пациенты и лица, которые осуществляют медицинский уход за ними, пользуются фундаментальным правом на охрану здоровья, ориентированную на пациентов и уважающую их уникальные потребности, предпочтения и ценности, а также их самостоятельность и независимость.

2) Выбор и расширение возможностей (эмпауермент). Пациенты имеют право и обязанность по мере своих способностей и предпочтений участвовать в качестве партнера в принятии решений, касающихся сферы охраны здоровья и влияющих на их жизнь. Для этого требуется система медицинского обслуживания, реагирующая на нужды пациентов и предоставляющая адекватный выбор вариантов лечения и ведения заболеваний, соответствующий этим нуждам, а также поощрение и поддержка пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентами, с целью достижения наивысшего возможного качества жизни.

3) Участие пациентов в формировании политики здравоохранения. Пациенты и организации пациентов должны иметь возможность взять на себя часть ответственности за формирование политики здравоохранения путем реального и поощряемого участия на всех уровнях и на всех этапах принятия решений, чтобы в таких решениях во главу угла были поставлены интересы пациента. Они не должны ограничиваться политикой здравоохранения, но должны включать в себя, к примеру, социальную политику, которая, в конечном счете, повлияет на жизнь пациентов.

4) Доступность и поддержка. Пациентам должно быть доступно необходимое медицинское обслуживание, под которым подразумеваются безопасные, качественные и адекватные услуги, виды лечения, профилактики и медицинского просвещения. Необходимо обеспечить всем пациентам доступность необходимых услуг независимо от их состояния и социо-экономического статуса.

5) Информирование. Достоверная, актуальная и исчерпывающая информация необходима для того, чтобы пациенты и лица, осуществляющие медицинский уход, могли принимать информированные решения о лечении и о том, как жить с данным заболеванием. Информация должна предоставляться в надлежащем формате в соответствии с принципами медицинской грамотности и с учетом состояния здоровья, языка, возраста, интеллекта, способностей и культуры пациента [7].

Многие страны мира (Германия, Австрия, США, Франция, Италия, Испания) в своем национальном законодательстве о здравоохранении имеют так называемые медицинские, или вра-

чебные, кодексы, нормы которых регулируют отношения между медиками и их пациентами, а также их родственниками, профессиональные отношения медиков между собой, с администрацией учреждений здравоохранения и государственных органов. Следует отметить, что указанные кодексы помимо чисто правовых, процедурных норм содержат правила, касающиеся морально-этических вопросов [5].

Список литературы:

1. *Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10. 12. 1948) || Российская газета». № 67. 05.04.1995.*
2. *Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП). Резолюция 2200А [XXI] Генеральной Ассамблеи ООН 16 декабря 1966 г. || Бюллетень Верховного Суда РФ. № 12. 1994.*
3. *Международный пакт об экономических, социальных, культурных правах. Резолюция 2200А [XXI] Генеральной Ассамблеи ООН. 16 декабря 1966 г. || Бюллетень Верховного Суда РФ». № 12. 1994.*
4. *Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации» (Заключена 21. 12. 1965). Действующее международное право. Т. 2. М.: Московский независимый институт международного права, 1997. С. 72-84.*
5. *Гладун З. С. Законодательство о здравоохранении: проблемы формирования новой теоретической модели || Государство и право. 1994. № 2. С. 116.*
6. *Колоколов Г. Р. Защита прав пациентов. М.: ГроссМедиа, РОСБУХ, 2009. 192 с.*
7. *Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство | Под научной редакцией А. Жаппаровой. Алматы: Из-во «Art Depo Studio», 2012. 228 с.*

Об авторе

Скребнева Наталья Александровна – преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва.

Skrebneva Natalia Alexsandrovna – Lecturer of the Department of Forensic Medicine and Medical Law Medical University «Moscow State Medical and Dental University A. I. Evdokimova» Health Ministry, Moscow.

Смирнова О. А.

ОСНОВНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье рассматриваются основные обязанности пациентов, которые являются в настоящее время малоизученной проблемой современного юридического обеспечения здравоохранения. Описаны нормы поведения пациентов в МО при получении медицинских услуг с целью обеспечения условий для более полного удовлетворения потребности в медицинской помощи, обеспечения безопасности граждан при посещении МО и ответственность пациента за несоблюдение предписаний лечащего врача или правил внутреннего распорядка лечебного учреждения.

Ключевые слова: *ответственность,обязанности, пациент, медицинская организация, медицинские услуг*

Smirnova O. A.

THE MAIN DUTIES OF PATIENTS WHEN THEY RECEIVE MEDICAL CARE

This paper examines the main responsibilities of patients who are currently poorly understood problem of the modern legal provision of health care. We describe the behaviors of patients in the MO when receiving medical services in order to ensure conditions to better meet the health care needs, ensuring the security of citizens when visiting the Ministry of Defense and the patient's responsibility for non-compliance of the physician or the internal regulations of the facility.

Keywords: *responsibility, obligation, patient medical institution, medical service.*

Начиная со второй половины XX века во всем мире происходит смена модели отношений врач – пациент. На смену традиционной модели – патерналистической (со стороны пациентов ее можно назвать инфантилистической: от лат. pater – отец, infans – юный, дитя), приходит современная – партнерская модель.

Если первая характеризовалась 100 % ответственностью врача за все, что происходит с пациентом, а пациент не задумывался о персональной ответственности за собственное здоровье, то вторая характеризуется тем, что человек, обращающийся за помощью в медицинское учреждение обретает правовй статус пациента – со всей совокупностью прав, обязанностей и ответственности в отношениях с медицинским учреждением. Но к сожалению, до сих пор большинству врачей проще, не поднимая

глаз от истории болезни, выписать рецепт, чем уделить пациенту достаточно времени и понять, что привело его к доктору. Аналогичная ситуация с пациентами: до сих пор пациенты не хотят понимать, что за свое здоровье отвечают только они сами и что помимо прав у пациента существуют еще и обязанности.

В 2011 году новый закон о здравоохранении впервые закрепил в статье 27 обязанности пациента – одно из наиболее ценных достижений закона [1]. Итак, в соответствии со ст. 27 обязанностями граждан в сфере здравоохранения являются:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Если раскрывать эти требования глубже, то граждане, обратившиеся в лечебное учреждение, обязаны:

1. Соблюдать требования лечебно-охранительного режима в отделении, выполнять предписания (назначения) лечащего врача и правила подготовки к исследованиям (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Лечебно-охранительный режим – определенный порядок, установленный в данном учреждении. Одним из важных условий лечебно-охранительного режима является создание благоприятных условий, обеспечивающих пациентам физический и психологический покой, исключение неблагоприятных влияний внешней среды и условий пребывания в стационаре (громкие разговоры, шум, хлопанье дверью, стук каблуков), внимательное и благожелательное отношение персонала и т.д. При поступлении пациентов в стационар медсестра обязана ознакомить его с правилами

соблюдения личной гигиены, с необходимой информацией внутреннего распорядка и режимом дня (обходы, раздача лекарств, обследование). Пациенты обязаны соблюдать – режим дня, назначения лечащего врача, рекомендации медсестры, правила общественного поведения, общественной и личной гигиены:

- ✓ после завтрака, обеда и ужина пациенты должны находиться в палате, так как в это время начинается обход врача и медсестры выполняет назначения;
- ✓ строгое соблюдение пациентами предписания врача;
- ✓ во время тихого часа пациенты находятся в постели, если кто-то не спит, должен тихо лежать;
- ✓ не приносить недозволенные продукты, особенно скоропортящиеся и алкогольные напитки;
- ✓ посетители не должны садиться на кровати к пациенту, громко разговаривать, смеяться, сообщать неприятные новости;
- ✓ пребывание в палате у пациента одновременно разрешается одному, двум посетителем не более 15-ти минут;
- ✓ курить в строго отведенных местах для курения;
- ✓ мусор и пищевые отходы выбрасывать в строго отведенные места.

2. Соблюдать меры предосторожности ВИЧ-инфицированных людей и больных венерическими заболеваниями и другими особо опасными инфекциями во избежание опасности заражения других людей (п. 1 ст. 13 «Закон о предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» № 38-ФЗ от 30.03.1995).

ВИЧ-инфицированный обязан соблюдать меры предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции. В Российской Федерации для ВИЧ-инфицированного человека предусмотрена уголовная ответственность в виде лишения свободы на срок до одного года (ограничение свободы на срок до трех лет) за опасность заражение ВИЧ-инфекцией (заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией) и ответственность в виде лишения свободы на срок до пяти лет за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией в соответствии со ст. 122 Уголовного кодекса РФ (от 24.05.1996). Этой же статьей предусмотрена ответственность (лишение свободы на срок до восьми лет) за совершение данных действий в отношении заведомо несовершеннолетнего.

3. При осуществлении профилактики выполнять все предписания медицинского характера или письменно подтверждать отказ от прививок (п. 3. ст. 5 Закон РФ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» № 157-ФЗ от 17.09.1998) [4].

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

- ✓ выполнять предписания медицинских работников;
- ✓ в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Отсутствие профилактических прививок влечет:

- ✓ запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- ✓ временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- ✓ отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации.

4. Выполнять требования санитарного законодательства РФ (ст. 10 Закона РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30.03.1999 (с изменениями от 30 декабря 2001 г., 10 января, 30 июня 2003 г.) [3].

Граждане обязаны:

- ✓ выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц;
- ✓ заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей;
- ✓ не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

5. Соблюдать меры безопасности пои чрезвычайных ситуациях (ст. 19 Закона РФ «О защите населения и территории от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» № 68-ФЗ от 21.12.1994) [2].

6. Выполнять иные обязанности, предусмотренные действующим гражданским законодательством РФ.

Необходимыми предпосылками формирования правовой культуры в здравоохранении и оптимизации складывающихся между медицинскими работниками и пациентами новых правоотношений являются знание гражданами не только своих легитимных прав и умение ими пользоваться при обращении за медицинской помощью, но и знать обязанности, которые возложены на пациента. В настоящее время российское законодательство в области охраны прав граждан при получении медицинской помощи, соответствуя международным требованиям, существенно изменяет правовое поведение медицинских работников и пациентов. К сожалению, обе группы участников правоотношений до сих пор не готовы в своей повседневной практике к реализации установленных государством законодательных норм. Основной причиной такого положения дел является низкий уровень их правовой информированности.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охран здоровья граждан в Российской Федерации»: http://base.garant.ru/ 12191967/*
2. *Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»: http://base.garant.ru/ 10107960/*
3. *Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»: http://base.garant.ru/ 12115118/*
4. *Федеральный закон от 17. 09. 98 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»: http://base.garant.ru/ 12113020/*

Об авторе

Смирнова Оксана Александровна – к. м. н., старший преподаватель кафедры общественного здоровья, организации здравоохранения и фармации с курсом гигиены ФГБОУ МГУ им. Н. П. Огарева, oa-smirnova@mail. ru

Smirnova Oksana Alexandrovna – PhD, senior lecturer in department of public health and pharmacy in Mordovian State University, oa-smirnova@mail. ru

Такаева М. К., Сундуков Д. В., Даурова Ф. Ю.

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЛУЧАЯХ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье обоснована необходимость разработки критериев экспертной оценки ошибок и осложнений при оказании стоматологической помощи врачом-терапевтом-стоматологом. В настоящее время не разработаны научно-обоснованные, объективные критерии оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания стоматологической помощи, не используются в судебно-медицинской практике эффективные методы и способы анализа лечебно-диагностического процесса, что затрудняет всесторонний анализ конкретной клинической ситуации.

Ключевые слова: *медицинская помощь, судебно-медицинская экспертиза, профессиональная ошибка, врач-стоматолог-терапевт.*

Takaiwa M. K., Sundukov D. V., Daurova F. Y.

MEDICO-LEGAL ASPECTS OF RESPONSIBILITY OF MEDICAL PERSONNEL IN CASES OF IMPROPER MEDICAL CARE

The article substantiates the need to develop criteria for the expert assessment of errors and complications in the provision of dental care by the General practitioner-dentist. Currently not developed science-based, objective evaluation criteria professional errors and defects in the delivery of dental care, are not used in forensic practice effective methods and ways of analysis of the diagnostic and treatment process that hinders a comprehensive analysis of the specific clinical situation.

Keywords: *medical care, forensic examination, professional error, dentist-therapist.*

В литературе существует целый ряд исследований, освещающих вопросы профессиональной ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи. Однако в данных работах рассматриваются в основном вопросы уголовной ответственности медицинских работников, без учета особенностей других видов юридической ответственности. Правовые вопросы отражаются не всегда квалифицированно и часто противоречиво. Кроме того, подавляющее большинство указанных работ основано на ранее действовавшем и в настоящее время утратившем свою силу законодательстве [1].

Этой проблеме посвящены работы судебных медиков, внесших значительный вклад в разработку многих вопросов теории и практики уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, а также использование возможностей судебно-медицинской экспертизы при расследовании и судебном рассмотрении уголовных дел по названной проблеме [2].

В современной судебно-медицинской литературе появился ряд исследований, в которых авторы пытаются разработать различные критерии для установления ненадлежащего оказания медицинской помощи, повлекшие те или иные неблагоприятные последствия, исходя из специфических особенностей медицинской деятельности [3, 4, 5].

Ряд авторов, ссылаясь на современное уголовное законодательство, к числу профессиональных преступлений медицинских работников указывают и умышленные преступления против жизни и здоровья, и неосторожные преступления, признаки которых не являются характерными для медицинской профессии [6].

Проблема анализа и оценки профессиональных правонарушений в медицинской деятельности представляет одну из главных проблем медицины и права.

В течение длительного времени исследования проблемы «врачебных ошибок», допускаемых в профессиональной медицинской деятельности, продолжаются, однако и по настоящее время не сформулирована общая позиция ни с юридической, ни с медицинской точки зрения [7, 8 , 9].

В настоящее время изучение проблемы судебно-медицинской экспертизы в случаях профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов особо актуально при оказании стоматологической помощи, т. к. количество жалоб и гражданских исков пациентов по указанной специальности ежегодно устойчиво увеличивается и занимает первое место среди других медицинских специальностей. При судебно-медицинской экспертизе по гражданским искам пациентов к стоматологическим учреждениями и стоматологам многие вопросы их организации и производства до сих пор не определены и не изучены.

Не разработаны научно-обоснованные, объективные критерии оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания стоматологической помощи, не используются в судебно-медицинской практике эффективные методы и способы анализа лечебно-диагностического процесса, что затрудняет всесторонний анализ конкретной клинической ситуации.

Важную роль в повышении уровня оказания медицинской помощи играет всестороннее изучение данных судебно-медицинских экспертиз, проводимых при рассмотрении гражданских дел в связи с исками пациентов или их представителей к медицинским работникам (В. П. Новоселов, Л. В, Канунникова, 2000; Г. А. Пашинян, 2002; С. О. Захаров, 2003).

Оказание качественной и эффективной медицинской помощи – одна из актуальных проблем отечественного здравоохранения, отличающаяся особенной остротой в стоматологии. Несмотря на конституционную гарантию бесплатной медицинской помощи [10] и введение обязательного медицинского страхования, на практике лечение больных в государственных, муниципальных и частных стоматологических клиниках осуществляется в основном за счет самих пациентов. Фактор потребности в стоматологической помощи вступает в противоречие с финансовыми возможностями, что в значительной степени ограничивает доступность квалифицированных услуг.

Список литературы:

1. *Пашинян Г. А., Мельникова Г. М., Ромодановский П. О. Программа по судебной стоматологии (для студентов стоматологического факультета). М., 1999. – 9 с.*
2. *Климова И. А. Устойчивость идентификационных признаков при заболеваниях зубочелюстной системы. Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. 1993. С. 208-210.*
3. *Беляев В. Д. Совершенствование качества стоматологической помощи населению в условиях рыночных отношений. Пермь, 1999. 23 с.*
4. *Бердичевский Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970. 290 с.*
5. *Пашинян Г. А и др. Идентификация личности по стоматологическому статусу: метод, указания для студентов. М., 1998.*

6. *Рехачев В. М., Быховская О. А., Матвеева Л. Г. Анализ комиссионных судебно-медицинских стоматологических экспертиз || Труды Петербургского научного общества судебных медиков. Вып. 2. СПб. 1998. С. 23-24.*
7. *Вещева Ю. Г. Медико-правовые аспекты отношений пациентов и врачей-стоматологов || Актуальные вопросы клинической медицины: материалы научной конференции. М., 2005. С. 109-110.*
8. *Власов Н. Н. Модели предпринимательской деятельности негосударственных стоматологических учреждений: дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. – 155 с.*
9. *Малый А. Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: дис. ... д – ра мед. наук. М., 2001. 272 с.*
10. *Конституция Российской Федерации: комментарий [под общей редакцией Б. Н. Топорина, Ю. М. Батурина, Р. Г. Орехова]. М.: Юридическая литература, 1994. 624 с.*

Об авторах

Такаева Медни Казбековна – аспирант кафедры терапевтической стоматологии медицинского факультета РУДН, Москва.

Сундуков Дмитрий Вадимович – д.м.н., проф., зав. кафедрой судебной медицины медицинского факультета РУДН, Москва.

Даурова Фатима Юрьевна – к.м.н., проф., зав. кафедрой терапевтической стоматологии медицинского факультета РУДН, Москва.

Takaiwa Medni Kazbekova – postgraduate student of the Department of therapeutic dentistry of the people's friendship University, medical faculty, Moscow.

Sundukov Dmitriy Vadimovich – the head of the Department of forensic medicine of Peoples' Friendship University of Russia, medical faculty, associate professor, doctor of medical science, Moscow.

Daurova Fatima Yuryevna – PhD, Prof., the head of the Department of therapeutic dentistry of Peoples' Friendship University of Russia, medical faculty, Moscow.

Тимофеев И. В.

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВЫХ И МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ

В статье рассматриваются основные проблемы качества и безопасности медицинской деятельности, вопросы законодательного закрепления критериев качества медицинской помощи, взаимосвязь конституционно-правовых и медико-юридических аспектов реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь

Ключевые слова: *качество медицинской помощи, критерии, конституционно-правовые проблемы и аспекты.*

Timofeev I. V.

CRITERIA FOR QUALITY OF MEDICAL CARE: BY THE QUESTION OF THE RELATIONSHIP OF CONSTITUTIONAL AND LEGAL, MEDICAL AND LEGAL ASPECTS

The article is devoted to the main problems of quality and safety of medical activity, questions of legal criteria of quality of medical care, interrelation of constitutional and medico-legal aspects of realization of the citizens rights to the healthcare and medical aid.

Keywords: *quality of medical care, criteria, constitutional and legal problems and aspects.*

Одно из смысловых значений содержащегося в части 1 статьи 41 Конституции РФ положения о праве каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь заключается в том, что медицинская помощь должна быть доступной и качественной. Только с этими характеристиками она будет позитивно влиять на здоровье человека. В противном случае медицинская помощь может оказать негативное влияние на здоровье человека – одну из главных конституционно защищаемых ценностей. Презюмируя закрепление в российском законодательстве конституционно-правового правового режима реализации права на медицинскую помощь мы будем исходить из того, что правовой режим – это качественно целостная специфическая система средств, приёмов, методов правового регулирования, которая выражается в особенностях

нормативно-правовых отношений и индивидуальных предписаний, возникновения правоотношения, юридических последствий, способов обеспечения реализации требований права. Это такой порядок регулирования, который выражен в комплексе правовых средств, создающих особую направленность регулирования и характеризующих особое сочетание взаимодействующих между собой дозволений, запретов, а также позитивных обязываний [1]. Ключевым для нас в данном определении является понимание правового режима как качественно целостной системы правовых средств. Из этого следует, что для нормального функционирования любого правового режима, в том числе – конституционно-правового, принципиальное значение имеют два фактора: 1) функциональность каждого из формирующих режим правовых средств (в силу чего дисфункция или ослабление одного из средств не может, на наш взгляд, быть компенсировано другим правовым средством, даже если последнее своим предметом имеет смежные отношения); 2) качество связей между различными правовыми средствами (именно взаимосвязанность и превращает совокупность средств в систему).

Экстраполируем изложенные положения на институт качества медицинской помощи (КМП). Внедрение данного института в Российской Федерации диктовалось не только международными требованиями к современному здравоохранению, но и поиском качественно новых принципов и механизмов отношений, в том числе правовых, между пациентом, врачом, медицинской и страховой организациями, органами управления и контроля (надзора) в сфере здравоохранения, а также судебными (и внесудебными) органами. Кроме того, одной из важных смысловых составляющих КМП и ее оценки была необходимость повышения эффективности использования ограниченных ресурсов здравоохранения, особенно в периоды неустойчивой экономики. Опыт развития и становления систем КМП в мире показывает, что оценка КМП – это относительно новая технология, позволяющая не только исследовать процесс оказания медицинской помощи, оценить организационно-техническую структуру ресурса здравоохранения, включая обеспеченность квалифицированными кадрами, оснащением и т.д., но и определить фактическое качест-

во результата, отражающего степень приближения к максимально возможному результату лечения. Оценка КМП по процессу предусматривает детальный анализ своевременного выбора и выполнения этапов лечебно-диагностического, реабилитационного либо профилактического процесса. Этот анализ должен осуществляться со всеми подлежащими учету факторами и взаимозависимостями, влияющими на качество. При этом оценка организационно-технической структуры происходит через исследование вопросов лицензирования и аккредитации медицинских учреждений, а также аттестации медицинских кадров. Под оценкой результативности в конкретном случае оказания медицинской помощи чаще всего используют сравнение с различными статистическими показателями при данной нозологической форме: процент выздоровления; первичный выход на инвалидность; процент осложнений; больничная летальность (количество умерших на 100 заболевших) и др.

Известно, что наиболее полную информацию о КМП выявляет экспертный подход (от лат. «expertus» – сведущий или опытный). Таким образом, экспертизой является исследование объекта сведущим лицом (экспертом), обладающим профессиональными знаниями, нацеленное на получение новых данных об объекте. Экспертная оценка КМП имеет ряд преимуществ перед формальным сравнением медицинской помощи, например с порядками оказания и (или) стандартами медицинской помощи. Она дает возможность учитывать индивидуальное состояние пациента и различные факторы, влияющие на КМП.

В силу положений пунктов «б», «ж» статьи 72 Конституции РФ регулирование отношений, связанных с КМП, лежит в сфере совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Это обстоятельство сыграло важную роль в развитии соответствующего правового регулирования, поскольку впервые содержание понятия «качество медицинской помощи», включая критерии качества в нашей стране законодательно было сформулировано на региональном уровне в Законе Санкт-Петербурга от 26.10.2008 года № 750/142 «О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге» (далее – Закон Санкт-Петербурга № 750/142) [2]. Этот Закон был инициирован и подготовлен

автором настоящей статьи и принят Законодательным Собранием Санкт-Петербурга в порядке опережающего нормотворчества, т.к. в тот момент норм федерального законодательства не было. При этом Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» [3] допускает, что субъекты РФ вправе на определенных условиях осуществлять собственное правовое регулирование по предметам совместного ведения до принятия федеральных законов (часть 2 статьи 3). Устав Санкт-Петербурга также устанавливает правило, согласно которому до принятия федеральных законов по предметам совместного ведения, а также по вопросам совместного ведения, не урегулированным федеральными законами, законами Санкт-Петербурга, могут устанавливаться не указанные в федеральном законодательстве полномочия органов государственной власти Санкт-Петербурга по предметам совместного ведения, осуществляемые данными органами самостоятельно за счет и в пределах средств бюджета Санкт-Петербурга (за исключением субвенций из федерального бюджета), если это не противоречит Конституции Российской Федерации и федеральным законам (пункт 5 статьи 11).

В Законе Санкт-Петербурга № 750| 142 предлагалась система критериев, позволяющих оценить КМП в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, конкретному больному. Такими критериями считались: правильность выполнения медицинских технологий; минимальный риск ухудшения состояния пациента вследствие несоблюдения медицинских технологий; эффективность использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и медицинского страхования и удовлетворенность пациентов.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [4] (далее – ФЗ № 326-ФЗ), Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5] (далее – ФЗ № 323-ФЗ), а также Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» [6] (далее – ФЗ № 99-ФЗ) внесли принципиальные нововведения, ко-

торые существенно изменили правовую ситуацию в здравоохранении современной России. Сегодня в правовых актах федерального уровня даны не только определения понятия «медицинская деятельность», «качество медицинской помощи», «экспертиза качества медицинской помощи», но и установлены основные правила проведения такой экспертизы. Так, под «качеством медицинской помощи» понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата (п. 21 ст. 2 ФЗ № 323-ФЗ).

Принятие указанных федеральных законов исключило ряд правовых пробелов в сфере оказания медицинской помощи и экспертизы ее качества. В соответствии п. 10 ст. 2 ФЗ 323-ФЗ «медицинская экспертиза» (МЭ), также как и «медицинская помощь» (МП), являются составными частями понятия «медицинская деятельность» (МД). Другими словами – МЭ является отдельным направлением МД. В соответствии с ч.1 ст. 58 ФЗ 323-ФЗ под МЭ понимаются проводимые в установленном порядке исследования, направленные на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую и иную деятельность, а также установление причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина. В законодательство также введено новое понятие «контроль качества и безопасности медицинской деятельности» (п. 1 ст. 85 ФЗ № 323-ФЗ), который является составной частью контроля в сфере охраны здоровья. При этом определения, что понимается под «качеством и безопасностью медицинской деятельности» в законодательстве нет.

Согласно ч. 2 ст. 58 ФЗ №323-ФЗ в Российской Федерации проводятся 6 отдельных видов МЭ, один из которых – экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) для решения вопроса об оценке КМП. ЭКМП проводится с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания и правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата (ст. 64 ФЗ № 323-ФЗ). Таким

образом, законодатель определял цели ЭКМП гораздо шире, чем установление собственных характеристик КМП. ЭКМП согласно ст. 40 ФЗ № 326-ФЗ является обязательным условием и одним из основных механизмов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках ОМС в Российской Федерации.

Отсутствие в законодательстве критериев качества медицинской помощи (КМП) для отечественного здравоохранения минимизирует ценность института КМП для граждан в Российской Федерации. При этом контролирующие (надзирающие) и судебные (внесудебные) органы лишены инструмента оценки КМП. В результате их деятельность направлена на проверку только условий оказания медицинской помощи. И это происходит уже в течение более 3-х лет после вступления в силу основных положений ФЗ № 323-ФЗ о КМП.

Полагаем, с учетом современного определения «качества медицинской помощи» критерии КМП должны, по нашему мнению, быть едины как для медицинской помощи, оказываемой в условиях ОМС, так и без этих условий. Проблема носит концептуальный характер и сводится к тому, что в настоящее время нормативными правовыми актами в соответствии с требованиями ч.ч. 3 и 4 ст. 64 ФЗ 323-ФЗ предписаны два варианта ЭКМП:

Первый вариант – проводится в рамках программы ОМС, которую вправе осуществлять только страховые медицинские организации и фонды ОМС в соответствии с законодательством РФ об ОМС;

Второй вариант – вне рамок программ ОМС, должна проводиться в порядке, установленном уполномоченными федеральным органом исполнительной власти (Минздравом России). Однако такой порядок до настоящего времени (более 3-х лет после вступления в силу ФЗ 326-ФЗ) еще не установлен.

По нашему мнению, такое различие правового регулирования в данной сфере ЭКМП, да еще при отсутствии его части, не справедливо и незаконно. Получается, что в зависимости от бесплатности или платности МП регулирование ЭКМП разное? Это, с нашей точки зрения, прямо нарушает конституционный принцип равенства, а также принцип доступности и качества,

декларированный ст. 4 ФЗ № 323-ФЗ. При этом выходит, что качественная и доступная медицинская помощь, будучи ключевым понятием – индикатором соблюдения прав человека в сфере здравоохранения, гарантированных Конституцией РФ, ставится в зависимость от характера ее оплаты.

Эти критерии могут быть представлены следующим образом:

1. Соблюдение установленных сроков оказания профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации на этапах медицинской помощи, в зависимости от нозологической формы (отражает характеристику КМП о своевременности оказания медицинской помощи).

2. Показанность (как обоснованность необходимости медицинского действия {бездействия} и нуждаемости в них пациента) медицинской помощи (отражает характеристику правильности выбора метода профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации).

3. Позитивная результативность: 1) выздоровление; 2) улучшение здоровья; 3) отсутствие прогрессирования основного заболевания; 4) отсутствие осложнений основного заболевания; 5) отсутствие инвалидизации и летального исхода (отражает степень приближенности к запланированному результату).

Возможен, и, по нашему мнению, крайне необходим, еще один критерий КМП – техническая правильность выполнения методов диагностики, профилактики, лечения и медицинской реабилитации, но его появление должно происходить с одновременным дополнением характеристики – «правильность выбора» в определение «качества медицинской помощи».

В настоящее время ситуация выходит за рамки отдельных недостатков правового регулирования отношений по поводу предоставления| получения качественной медицинской помощи. Выведение в отдельный вид ЭКМП, осуществляемой вне рамок программ ОМС, отсутствие критериев КМП, сохраняющаяся неопределенность понятийно-категориального аппарата – все эти факторы в совокупности позволяют ставить вопрос уже не о затруднениях, а о парализации возможностей обеспечения качественной медицинской помощи. В таких условиях нет возможности утверждать наличии качественно-целостного конституционно-правового режима реализации права каждого на медицинскую помощь, а полезный эффект уже имеющихся правовых средств существенно снижен, либо не может быть в полной мере реализован. С учетом стратегической, определенной Конституцией РФ цели охраны здоровья каждого, обеспечение доступной и качественной медицинской помощи приобретает конституционно-правовое значение.

Список литературы:

1. *Бабаев В.К., Баранов В.М., Гойман В.И. Словарь категорий и понятий общей теории права. Н. Новгород. 1992. С. 29.*
2. *О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге: Закон Санкт-Петербурга от 22.12.2008 № 750-142 || Вестник Законодательного Собрания Санкт-Петербурга. № 1.*
3. *Собрание законодательства РФ. 18.10.1999. № 42. Ст. 5005.*
4. *Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ || Собрание законодательства РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.*
5. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ || Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.*
6. *6. О лицензировании отдельных видов деятельности: Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ || Собрание законодательства РФ. 2011. № 19. Ст. 2716.*

Об авторе

Тимофеев Игорь Владимирович – судья Уставного суда Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, г. Санкт-Петербург, oss@spbustavsud.ru

Тимофеева М. Ю.

ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье представлен анализ законодательства в сфере применения вспомогательных технологий с целью выделения отдельных обязательных составляющих системы контроля качества и безопасности медицинских услуг с учетом складывающейся судебной практики.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, донор, суррогатная мать, эмбрион, биоматериал, методы лечения, бесплодие.

Timofeeva M. Y.

PROBLEMS OF APPLICATION OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN THE HEALTH SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION

In the article is presented the analysis of the legislation in scope of auxiliary technologies for the purpose of allocation of separate obligatory components of the monitoring system of quality and safety of medical services taking into account the developing jurisprudence.

Keywords: auxiliary technologies, donor, surrogate mother, embryo, biomaterial treatments for infertility.

Актуальность и злободневность данной темы не вызывает сомнений. Ведь не смотря на достаточно серьезную правовую защиту сторон, все чаще результатом данных медицинских услуг становятся претензии и судебные иски.

Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» в ч.1 ст.55 дает четкое определение самого термина «вспомогательные репродуктивные технологии», которые являются «методами лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляется вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства».

Необходимо подчеркнуть, что изначально, порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий утвержден приказом № 67 Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» и соответствует нормам гражданского и семейного законодательства РФ.

Принятый в 2011 г. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в ч. 3. ст. 55, формулируя данные положения более четко, определяет, что «мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при оформлении обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство». Закон позволяет и одинокой женщине воспользоваться правом на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на данное медицинское вмешательство.

Необходимо отметить, что в настоящее время, информированное добровольное согласие является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» закреплены две формы информированного добровольного согласия : на применение вспомогательных репродуктивных технологий и на проведение операции редукции эмбриона(ов). В указанных формах содержится подробная информация о методах оказания данных видов медицинского вмешательства, связанном с ними риске, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах [1].

Из ходя из практики, существенной проблемой для таких родителей является выбор пола будущего ребенка, и здесь законодатель в ч.4 ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» налагает запрет, исключением служат возможные наследственные заболевания связанные с полом. В этом случае, при преимплантационной диагностике осуществляется диагностика моногенных и хромосомных дефектов у ооцитов и эмбриона, и одновременно производится определение пола эмбриона.

Эта диагностика (преимплантационная) разработана и применяется как альтернативный метод для женщин, имеющих высокий риск рождения детей с наследственной патологией, позволяя отказаться от инвазивных вмешательств на плодном яйце и прерывания беременности в случае выявления патологии. Эта методика позволяет проводить исследования как на полярных тельцах ооцитов, так и на ядрах бластомеров эмбриона. Показанием к проведению диагностики, служит риск рождения детей с мутацией любого изолированного гена или хромосомной аномалии, выявленных в результате медико-генетических обследований, таких как, кариотипирование и клинико-генеалогическое исследование.

Согласно разд. 5 Положения 1 к приказу Минздрава России от 26.02.2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия», эта диагностика проводится с использованием методов флюоресцентной гибридизации in situ (ФИШ) или полимеразной цепной реакции (ПЦР).

В свою очередь, разд. 6 Положения 1 к приказу Минздрава России от 26.02.2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» законодатель впервые достаточно четко прописывает:

- ✓ порядок кодирования личных данных доноров;
- ✓ возможность криоконсервации спермы, ооцитов, эмбрионов и биоматериала, полученного из яичка;
- ✓ требования к донорам ооцитов (соматическое здоровье);
- ✓ требования к донорам спермы (отсутствие отклонений в нормальных органометрических и фенотипических признаках);
- ✓ основание для прекращения использования донора для реципиентов в регионе (рождение 20 детей на 800 тыс. населения).

Эти нормы позволили законодателю, на современном этапе, расширить и более полно закрепить гарантии граждан в данной проблеме.

Так, согласно ч.5 ст.55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» граждане имеют право на криоконсервацию и хранение их половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов за счет личных средств и иных средств.

Часть 6. Ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрещает использовать для промышленных целей половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека, а согласно ч. 3 п. 4.ст.1349 ГК РФ, использование человеческих эмбрионов в промышленных и коммерческих целях не может быть объектом патентных прав.

Согласно ч.7.ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» донорами половых клеток имеют право быть граждане в возрасте от18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование.

Действуют требования, предъявляемые к донорам ооцитов:

- ✓ возраст от 20 до 35 лет;
- ✓ наличие собственного здорового ребенка;
- ✓ отсутствие выраженных фенотипических проявлений;
- ✓ соматическое здоровье.

Требования, предъявляемые к донорам спермы:

- ✓ возраст от20 до 40 лет;
- ✓ отсутствие отклонений в нормальных органометрических и фенотипических признаках.

Согласно ч.8.ст.55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», при использовании эмбрионов и донорских половых клеток, граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе, национальности и внешних данных.

Еще одна проблема, получившая дополнительную правовую защиту в ч. 9. ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» это «суррогатное материнство». Здесь законодатель впервые дает полное и четкое определение, по которому «суррогатным материнством» считается вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключенному между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Суррогатной матерью может быть женщина:

- ✓ в возрасте от 20 до 35 лет;

- ✓ имеющая не менее одного собственного здорового ребенка;
- ✓ получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья;
- ✓ давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Причем, женщина, состоящая в браке (зарегистрированном в порядке установленном законодательством РФ), может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга.

Необходимо подчеркнуть, что законодатель в ч. 10.ст. 55. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрещает женщине одновременно быть суррогатной матерью и донором яйцеклетки.

Семейный кодекс РФ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (в ред. От 4 мая 2011 г.) в абз. 2 ч. 4 ст. 51 закрепляет право лиц, состоящих в браке между собой, и давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной женщины).

Согласно ч. 3 ст. 52 СК РФ супруг, давший в порядке, установленном законом, согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения, или на имплантацию эмбриона, не вправе при оспаривании отцовства ссылаться на эти обстоятельства.

Согласно п. 5 ст. 16 ФЗ «Об актах гражданского состояния» государственная регистрация рождения ребенка по заявлению супругов, давших согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, одновременно с документом, подтверждающим факт рождения ребенка, должен быть представлен документ, выданный медицинской организацией и подтверждающий факт согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями данного ребенка.

В заключении необходимо отметить, что несмотря на стремление законодателя всесторонне урегулировать как порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий, так и правовой статус трон, стремительное развитие медицины, значительно опережает порядок принятия соответствующих правовых норм, что часто приводит к нарушению прав участников данного

соглашения. Представляется очевидным, что неоправданные ограничения репродуктивного права на применение вспомогательных репродуктивных технологий могут повлечь за собой различные злоупотребления в данной сфере, прежде всего, криминализацию проведения таких процедур из-за их высокой потребности, что нанесет непоправимый вред репродуктивному здоровью населения [2].

Надеемся, что рост не только числа, рожденных в результате применения методов искусственной репродукции, но и судебных разбирательств по данному вопросу, в ближайшее время устранят неточности в механизме правового регулирования интересов детей и лиц, участвующих в этом процессе.

Список литературы:

1. *Правоведение. Медицинское право : Учебник | Под ред. Ю.Д.Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 195.*
2. *Павлова Ю.В. Охрана здоровья матери и ребенка, семьи и репродуктивного здоровья: проблемы законодательного регулирования и правоприменительной практики || Главный врач: хозяйство и право. 2014. № 2. С. 33*

Об авторе

Тимофеева Маргарита Юрьевна – преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, Timofeeva_info@mail.ru.

Timofeeva Margarita Yuryevna – Lecturer of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Timofeeva_info@mail.ru

Фарбер Е. В.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИЧЕСКИХ И ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

В статье проводится анализ международного и национального законодательства в сфере охраны здоровья граждан. Рассматриваются правовые нормы, ориентированные на защиту прав пациента, на соблюдение медицинскими и иными работниками основных этических и деонтологических норм. Затрагиваются вопросы необходимости перехода к пациент-ориентированной модели отношений между врачом и пациентом.

Ключевые слова: *охрана здоровья, этический кодекс, медицинская этика, медицинская деонтология, сфера здравоохранения, права пациента, пациент-ориентированный подход.*

Farber E. V.

SOME ASPECTS OF ETHICAL AND LEGAL ISSUES OF ENSURING CITIZENS RIGHTS IN SPHERE OF HEALTH PROTECTION

In present article performed analysis of international and national legislation in sphere of citizen's health protection. Consirered legal norms aimed at protecting the rights of patient compliance with medical and other staff of major ethical and professional standards. The issues involved need to move to a patient-focused model of relationship between doctor and patient.

Keywords: *health protection, ethics code, medical ethics, medical deontology, health care, patient rights, patient-oriented approach.*

Пожалуй, основной проблемой правого обеспечения в сфере охраны здоровья можно считать отсутствие Этического или Деонтологического кодекса.

Несколько слов о понятиях этики и деонтологии.

Считается, что медицинская этика и медицинская деонтология понятия не идентичные.

Этика как практическая философия представляет собой науку о морали (нравственности). Аристотель говорил: «Цель этики – не знания, а поступки». Соответственно медицинская этика как часть общей этики рассматривает вопросы нравственности медицинского работника, его поведения, поступков, физической и моральной чистоплотности.

Автором термина «деонтология» принято считать английского философа, социолога и юриста Иеремию (Джереми) Бентама. Как представитель утилитаризма, Бентам в своей книге «Деонтология или наука о морали» («Deontology or the science of morality», 1834) определил «принцип пользы», согласно которому действия людей, их отношения должны получать моральную оценку по приносимой ими пользе. Критерием для оценки морали считал «достижение пользы, выгоды, удовольствия, добра и счастья» [1].

В последующем медицинская деонтология (греч. deon, deontos должное, надлежащее + logos учение) «обрела черты специализации, обусловленные ее прикладным характером и взаимосвязью с определенной медицинской профессией» (к примеру, деонтология хирурга, педиатра, онколога и т.д.) [2].

На сегодняшний день проблема долга – одна из основных проблем медицинской этики, а медицинская деонтология, как часть медицинской этики, стала наукой о должном поведении медицинского работника, отвечающем его высокому предназначению и гуманной деятельности.

Для чего же нужны Этический и Деонтологический кодексы и какими правовыми нормами регулируется сегодня деятельность всего медицинского персонала в соответствии с принципами деонтологии?

На международном уровне самыми известными документами, устанавливающим этические нормы для медицинских работников, являются Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА) (1948-1994), в основу которой положена Клятва Гиппократа, и Международный кодекс медицинской этики (1949, Лондон) [3, 4].

Во многих странах аспекты деонтологической этики закреплены юридически, например, Кодекс деонтологии национальной полиции Франции, Положение об этических принципах полицейской службы Великобритании, Морально-этический кодекс полицейского США. Есть профессиональные этические кодексы и в России: Кодекс этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих Министерства здравоохранения Российской Федерации [5], Кодекс этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских

служащих Минюста России и его территориальных органов [6], Кодекс этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих Федерального медико-биологического агентства [7].

Что касается кодексов в области осуществления медицинской деятельности, а именно принятый в 1994 году IV Конференцией Ассоциации врачей России Этический кодекс российского врача [8], в 1997 Всероссийским Пироговским съездом врачей Кодекс врачебной этики Российской Федерации [9] и др., то они не имеют юридической силы нормативно-правового акта. Чтобы кодекс, его нормы имели силу общеобязательных правил поведения, он должен быть разработан, утвержден и принят уполномоченным на это органом государственной власти.

В настоящее время Министерство здравоохранения Российской Федерации предпринимает очередную попытку разработать этический кодекс для медицинских и фармацевтических работников, проводя системный анализ правовых норм действующего законодательства Российской Федерации.

Рамочным законом в сфере охраны здоровья является федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [10]. Данным законом урегулированы основные вопросы медицинской деонтологии, такие как эвтаназия (ст. 45) и определение момента смерти человека (ст. 66), клятва врача (ст. 71) и соблюдение врачебной тайны (ст. 13), информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ст. 20) и др.

Так или иначе, но одностороннее нормативное регулирование взаимоотношений «врач – пациент» было бы не полным и недостаточным. Поэтому в «правовом поле» мирового сообщества, а в дальнейшем и в национальных законодательствах, не мог не появиться документ, закрепляющий права заболевшего человека. Так, в 1981 году 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей была принята Лиссабонская Декларация о правах пациента, утвердившая основные права, которыми, с точки зрения медицинского сообщества, должен обладать каждый пациент [11]. В Российской Федерации ни один из проектов закона «о правах пациента» не прошел дальше первого чтения в Государственной Думе Федерального Собрания. И хотя статьи под названием «права пациента» так и не появилось в российском законодательстве, тем не менее, права пациента, кстати, в более «расширенной версии», чем в Лиссабонской декларации, в настоящее время закреплены ч. 5 ст. 19 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Принятие подобного рода нормативных договоров и правовых норм свидетельствовало о новом витке гуманистической направленности в сфере здравоохранения, новом взгляде на проблему взаимоотношений между врачом и пациентом, а также о постепенном повышении внимания медицины не только к физиологии больного, но и к его личности. До этого времени стиль взаимоотношений «врач – пациент» заключался в том, что право принимать решение о том где, как, чем и сколько лечить пациента принадлежало исключительно врачу. Считалось, что такой подход повышает эффективность лечения, поскольку пациент был избавлен от сомнений и неуверенности, что, впрочем, вполне оправдано в случае ургентных (или неотложных) ситуаций (реанимации, экстренной хирургии).

Однако все чаще именно врачи-клиницисты обращают внимание и рекомендуют своим коллегам переходить на пациент-ориентированную модель отношений. При такой модели пациент становится не «жертвой обстоятельств», а активным участником лечебного процесса, медицинские же работники выступают в роли консультантов, помощников, союзников.

Не случайно в действующем федеральном законе № 323-ФЗ появились нормы о праве пациента на выбор врача с учетом согласия врача (ч. 1 ст. 21) и на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ст. 20). Лечащие врачи отмечают, что информированность пациента положительно влияет на качество медицинского обслуживания и улучшает отношения между врачом и пациентом.

Несмотря на это, пациенты не получают полной и исчерпывающей информации в большинстве случаев посещения лечебно-профилактического учреждения. После посещения врача в сети «Интернет» ищут информацию о своей болезни и способах ее лечения 63% опрошенных. Около 30% респондентов оказались

довольны своим участковым терапевтом и только 17% знают, что могут воспользоваться правом выбора врача [12].

Не стоит забывать, что в процессе оказания медицинской помощи происходят различные виды вмешательств (медицинские, информационные, экономические, правовые, воспитательные и др.) и сам процесс оказания медицинской помощи включает широкий набор функций (адаптации, социализации, распределения, коррекции, защиты и др.) и далеко не всегда ограничивается взаимоотношениями врач-пациент.

Сегодня, как никогда ранее, предоставление медицинских услуг стало требовать колоссального количества взаимодействий между пациентами, специалистами, служащими сферы здравоохранения, другими участниками лечебного процесса. Однако действующее законодательство и иные нормативные правовые акты Российской Федерации не регламентируют эти многочисленные взаимодействия, в том числе назревшие и требующие нормативного урегулирования проблемы биоэтики, вопросы применения инновационных технологий и т.д.

Представляется, что принятие Этического (Деонтологического) кодекса в сфере медицинской деятельности позволило бы более детально урегулировать множество уже существующих и потенциальных взаимоотношений между участниками лечебного процесса (врачом и пациентом, врачом и членами семьи пациента, между самими врачами, между врачами и медицинскими сестрами и младшими медицинскими работниками и др.), а также предусмотреть меры ответственности за неэтичное отношение и поведение всех участников данных взаимоотношений.

Список литературы:

1. *Философская энциклопедия. Бентам. [Электронный ресурс]. URL:http://dic.academic.ru (дата обращения 28.04.2015)*
2. *Медицинская энциклопедия. Деонтология медицинская. Толкование. [Электронный ресурс]. URL: http://dic.academic.ru (дата обращения 01.05.2015)*
3. *Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Женева, 1948) дополнена 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, 1968) 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, 1983) и 46-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Стокгольм, Швеция, 1994) [Электронный ресурс]. URL: http://vrachi74.ru/ articles/ document/ 4/ (дата обращения 01.05.2015)*
4. *Международный кодекс медицинской этики принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Лондон, Великобритания, 1949 г.), дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, 1968 г.) и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, 1983 г.) [Электронный ресурс]. URL: http://www.med-pravo.ru/ Ethics/ seventh1.htm (дата обращения 01.05.2015)*
5. *Приказ Минздрава России от 01.09.2014 № 487 «О Кодексе этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих Министерства здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/ (дата обращения 01.05.2015)*
6. *Приказ Минюста России от 23.03.2011 № 93 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих Минюста России и его территориальных органов» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/ (дата обращения 01.05.2015)*
7. *Приказ ФМБА России от 16.12.2014 № 363 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих Федерального медико-биологического агентства» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/ дата обращения 01.05.2015)*
8. *Этический кодекс российского врача (утвержден IV Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, ноябрь 1994 г.) [Электронный ресурс]. URL: http://www.med-pravo.ru/ Ethics/ EthCodRF.htm (дата обращения 04.05. 2015)*
9. *Кодекс врачебной этики Российской Федерации (одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.) [Электронный ресурс]. URL: http://www.rmass.ru/ publ/ info/ kodex (дата обращения 04.05.2015)*
10. *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru (дата обращения 07.05.2015)*
11. *Лиссабонская Декларация о Правах Пациента (принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/ октябрь 1981) [Электронный ресурс]. URL: http://www.med-pravo.ru/ Ethics/ LisbonDecl.htm (дата обращения 05.05.2015)*

12. *Результаты опроса (интервью) пациентов поликлиники №71 5-6 мая 2015 года.*

Об авторе

Фарбер Елена Владиславовна – ассистент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, flame-738@mail.ru

Farber E.V. – assistant, medical law chair, medical-prophylactic faculty of the First Medical State University named after I. M. Sechenov, Moscow, flame-738@mail.ru

Чертухина О. Б., Бальзамова Л. А., Есина М. В.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ИНФОРМАЦИЕЙ В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ВЫБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ВРАЧА

Статья посвящена рассмотрению вопросов информированности пациентов и врачей о возможности свободного выбора медицинской организации и врача, анализу источников получения информации о деятельности медицинских организаций. Освещены причины принятия решений пациентами в процессе реализации рассматриваемого права.

Ключевые слова: *свободный выбор, информационное обеспечение в сфере здравоохранения, реализация принципа автономности пациентов.*

Chertuhina O. B., Balzamova L. A., Esina M. V.

PATIENTS INFORMATION SUPPORT IN ORDER TO IMPLEMENT THE RIGHT OF CHOOSING FREE A HEALTHCARE ORGANIZATION AND A DOCTOR

The article considers questions of patients and doctors information awareness concerning the choice of a healthcare organization and a doctor, the analysis of sources of the information about healthcare organization activities and the reasons for patient decision in the implementation of the right.

Keywords: *free choice, information support in healthcare, implementation of a patient self-dependence concept.*

Действующая модель развития здравоохранения в качестве основных принципов определяет переход от приоритета развития отрасли к приоритету прав человека и реализацию права выбора гражданином врача, медицинской организации и страховой медицинской организации.

Право выбора следует рассматривать как базовое право не только с точки зрения реализации принципа автономности (самоопределяемости) пациента, но и как основной фактор обеспечения доступности медицинской помощи, повышения ее качества, создания конкурентного рынка медицинских услуг.

Вступление в силу с 1 января 2011 Федерального Закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [1], определило более широкие возможности для реализации прав застрахованных лиц.

Позиции федерального законодательства по развитию пациентоориентированной модели здравоохранения были укреплены вступлением в действие Федерального Закона от 21. 11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [2], статья 21.

Принимая во внимание, что право выбора выступает в качестве основных приоритетов в охране здоровья и, в целях изучения возможности его практической реализации кафедрой общественного здоровья и здравоохранения института профессионального образования Самарского государственного медицинского университета было проведено анонимное анкетирование методом случайной выборки 200 пациентов и 200 врачей.

Исследование проводилось с помощью разработанных для этой цели анкет, включающих в себя по 10 вопросов. Тематика вопросов ставила целью выяснить уровень правовой информированности врачей и пациентов, наличие проблем, возникающих при реализации права выбора, обеспечение пациентов информацией, позволяющих осуществить этот выбор.

В данной статье мы приводим результаты опроса по обеспечению пациентов информацией, на основании которой пациент может сделать выбор медицинской организации и врача.

Перечень информации о деятельности медицинской организации, рекомендуемый к размещению на официальном сайте медицинской организации и информационных стендах регламентирован приложением № 1 к методическим рекомендациям на проведение независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, утвержденных приказом МЗ РФ от 31 октября 2013 № 810а [3].

Объем информации должен обеспечить ее полноту, актуальность и понятность для потребителя медицинской услуги, наличие и доступность способов обратной связи, уровень рейтинга на сайте www.bus.gov.ru.

Информационным письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 10 июня 2014 № 3109/30/ и [4] рекомендованы формы информирования граждан об их правах на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества в сфере ОМС.

Перечень сведений, которые медицинские организации должны размещать на своих сайтах для проведения независимой оценки качества оказания ими услуг определен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 30 декабря 2014 г. № 956н [5].

Как показали проведенные исследования о возможности свободного выбора медицинской организации и врача с учетом его согласия знают 100 % опрошенных врачей и 87 % опрошенных пациентов, что свидетельствует о достаточном уровне правовой грамотности в этом вопросе как врачей, так и пациентов.

Не столь оптимистично выглядит картина по источникам получения информации на основании которой пациент осуществляет выбор медицинской организации.

Только 6 % почерпнули информацию из средств массовой информации, что еще раз подтверждает вывод о преимущественно негативном освещении деятельности сферы здравоохранения в печатных публикациях и телевизионных передачах.

И совсем неоптимистична картина по источникам получения информации при выборе или замене лечащего врача в медицинской организации

Минимальный процент пациентов, получивших информацию из печатных изданий, выступлений на радио и телевидении свидетельствует о том, что врач – не герой нашего времени.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

Право на выбор врача и медицинской организации перестало быть декларированным: врачи и пациенты в достаточной степени информированы о возможности свободного выбора медицинской организации и врача.

Несмотря на то, что обеспечение права пациента на выбор реализуется на основе предоставления необходимой информации о деятельности медицинской организации и медицинских работников, пациенты осуществляют выбор на основе «сарафанного радио», использую рекомендации родственников и знакомых, мнение других пациентов.

Средства массовой информации не участвуют в развитии пациентоцентрической модели здравоохранения, распространении

информации о правах пациента в сфере охраны здоровья, повышении его правовой грамотности.

На основании выводов можно рекомендовать реализацию следующих мероприятий:

Обеспечение граждан необходимой информацией, позволяющей сделать выбор в четком соответствии с требованиями Приказа МЗ РФ от 31 октября 2013 г. № 810а «Об организации работы по формированию независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения», Приказа МЗ РФ от 30 декабря 2014 г. № 956н и письмом ФФОМС от 10 июня 2014 г. № 3109/30/и.

Организацию работы по формированию рейтингов учреждений, руководствуясь приказом МЗ РФ от 12. 09. 2014 № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» в качестве возможности осуществления выбора на основе объективных показателей и степени удовлетворенности пациентов.

При формировании требований компетентности медицинских работников обратить особое внимание на осуществление профессиональной деятельности в соответствии с этическими и правовыми нормами, развитию коммуникативных навыков, способности устанавливать и поддерживать партнерские отношения с пациентами.

Список литературы:

1. *ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»: http://base.garant.ru/ 12180688/*
2. *ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»: http://base.garant.ru/ 12191967/*
3. *Приказ МЗ РФ от 31.10.2013 № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»: http://www.garant.ru/ products/ ipo/ prime/ doc/ 70405434/*
4. *Информационное письмо ФФОМС от 10 июня 2014 г. № 3109/ 30/ и «Об обеспечении информированности застрахованных лиц о правах при получении медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования»: http://www.garant.ru/ products/ ipo/ prime/ doc/ 70592346/*
5. *Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2014 г. № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет»: http://www.garant.ru/ hotlaw/ federal/ 610013/*

Об авторах

Чертухина Ольга Борисовна – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения института профессионального образования Самарского государственного медицинского университета (ОЗиЗ ИПО СамГМУ), профессор, доктор медицинских наук, Самара.

Бальзамова Лидия Алексеевна – доцент кафедры ОЗиЗ ИПО СамГМУ, кандидат медицинских наук, Самара.

Есина Маргарита Валерьевна – очный аспирант кафедры ОЗиЗ ИПО СамГМУ, Самара.

Olga Borisovna Chertuhina – head of the department of the Samara State Medical University, professor, PhD, Samara.

Balzamova Lidiya Alekseevana – assistant professor of the Samara State Medical University, PhD, Samara.

Esina Margarita Valeryevna – graduate student the Samara State Medical University, Samara.

Раздел II

Актуальные вопросы
экспертной и судебной практики
по делам о ненадлежащем оказании
медицинской помощи

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ СПОРАХ

Приведена теория медицинской услуги и медицинского деликта в приложении к судебно-медицинской экспертизе по медицинским спорам.

Ключевые слова: *Медицинский деликт, судебно-медицинская экспертиза, медицинские споры.*

Barinov E. H., Romodanovsky P. O.

A CASE STUDY OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN MEDICAL DISPUTES

Revealing medical service & medical delict theory applied to forensic medical needs.

Keywords: *medical delict, forensic medical investigation, medical litigation.*

Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам назначается в связи с умалением в личной сфере или для установления состояния здоровья.

В гражданском процессе заключение судебной экспертизы имеет, в конечном счете, имущественные последствия. Суд, используя экспертные выводы в качестве доказательства по делу, выносит решение, на основании которого одна сторона процесса неизбежно поступается материальными ценностями [1].

В ходе работы были изучены и проанализированы 1150 судебных дел по гражданским делам, из которых было выбрано 730 гражданских дел, возбужденных по поводу жалоб пациентов на профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи.

Задача судебно-медицинской экспертной комиссии – не выяснить истину по делу для себя, а дать возможность суду квалифицировать правонарушение. И в этом смысле разницы нет, уголовное это дело или гражданское. Различия лишь в характере и составах правонарушений. Но именно потому, что такие различия есть, судебно-медицинская экспертиза, следуя потребностям конкретного процесса, должна исходить из нужд правоприменi-

теля в квалификации соответствующего деяния и его последствий. Как известно, состав любого правонарушения включает вредообразующее посягательство, результирующий вред (ущерб) и причинно-следственную обусловленность второго первым. Вина имеет обязательное значение в уголовном (даже по формам) и факультативное – в гражданском процессе: ряд составов правонарушений установления вины не требует. В целом, существует три состава гражданских правонарушений: генеральный деликт, «техногенный» деликт (от источника повышенной опасности) и «медицинский» деликт (вследствие недостатков медицинского предоставления). В зависимости от правовой квалификации судом каждый из них предполагает свой предмет доказывания сторонами процесса и разное распределение бремени доказывания между ними. Речь идет о деликте, то есть внедоговорном правонарушении – по договорным спорам применимость судебно-медицинской экспертизы весьма ограничена, поскольку они не связаны с причинением вреда здоровью. Свобода усмотрения сторон договора может распространяться на все, что представляет собой товарообмен. Однако, соответствие условиям договора в этом случае – вне компетенции судебно-медицинской экспертизы. Случайность же причинения телесных повреждений договором охвачена быть не может.

В той мере, в какой разделяются договорные и внедоговорные обязательства сторон, различаются и сами основания для назначения судебно-медицинской экспертизы в процессе. Если это договорные обязательства, и речь идет об их ненадлежащем исполнении или неисполнении, и возникает вопрос о качестве товаров, работ, услуг, то для судебно-медицинской экспертизы в спорах такого рода места нет. Если же это обязательства из причинения вреда, то речь идет о безопасности, в том числе товаров, работ, услуг, а потому назначение судебно-медицинской экспертизы в спорах такого рода почти неизбежно.

Следование судебно-медицинской экспертизой потребностям правовой процедуры по «медицинским» делам о причинении вреда здоровью фактически сводится к приданию доказательной силы заключению для квалификации правонарушения судом по двум основным статьям Гражданского кодекса РФ: по

общему правилу – о недостатках товарного предоставления и информации о нем (ст. 1095) и – значительно реже – о техногенном вреде (ст. 1079). Применение в процессе общих положений ст. 1064 ГК (генеральный деликт) свидетельствует о правовой неграмотности истца или о квалификационной несостоятельности конкретного правоприменителя. Но и в этом случае задачи судебно-медицинской экспертизы мало меняются.

В той мере, в какой судом распределены между сторонами обязанности по доказыванию, предмет судебно-медицинской экспертизы должен соответствовать предмету доказывания каждой из сторон. Очевидно, потребуется формирование практики запросов судебно-медицинской экспертной комиссии в суд об уточнении предмета доказывания и приведении к нему вопросов, которые ставятся перед судебно-медицинской экспертизой.

Список литературы:

1. *Баринов Е. Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. 164 с.*

Об авторах

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, профессор, г. Москва, ev.barinov@mail.ru

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Москва

Barinov Evgeny Hristoforovich – Professor of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» Ministry of Health of the Russian Federation, PhD, Moscow

ev.barinov@mail.ru

Romodanovsky Pavel Olegovich – Head of the Department of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» Ministry of Health of the Russian Federation, doctor of medical sciences, Professor, Moscow

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.

ПРОВЕДЕНИЕ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ СВЯЗАННЫХ С ДЕФЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИИ

Приводятся сведения о проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи в стоматологии.

Ключевые слова: *дефекты оказания медицинской помощи, стоматология, судебно-медицинская экспертиза.*

Barinov E.H., Romodanovsky P.O.

THE FORENSIC COMMISSION ASSOCIATED WITH DEFECTS IN DENTAL CARE

Provides information bout the forensic Commission on civil cases involving defective care in dentistry.

Keywords: *defects of care, dentistry, forensic examination.*

Расследование и рассмотрение уголовных и гражданских дел по привлечению к ответственности медицинского персонала за ненадлежащее оказание и неблагоприятные исходы различных видов стоматологической помощи (услуги) представляет большие сложности. Поэтому судебно-медицинская экспертиза по врачебным делам проводится только комиссионно (с участием ведущих стоматологов, имеющих большой опыт и стаж практической работы) и относится к экспертизам по материалам дела, а ее производство имеет свои особенности. С одной стороны, для экспертной оценки качества и объема стоматологической помощи приемлемы критерии, предъявляемые к любому современному методу лечения, с другой, – нельзя не учитывать специфичность стоматологических методов лечения, включающих в себя не только медицинские, но и технические аспекты, возникающие в практике ортопедической стоматологии [1, 2, 3].

В общем виде, судебно-медицинская оценка качества и объема стоматологической помощи (услуги) в случаях привлечения врача к ответственности обычно включает: 1) оценку общего состояния пациента, состояния его зубочелюстной системы и

полости рта до проведения стоматологического лечения; 2) правильность обследования и установления диагноза; 3) оценку плана лечения, адекватность и эффективность лечебных мероприятий; 4) оценку полноты и правильности ведения медицинской документации.

В случаях проведения хирургического лечения возникают дополнительные вопросы: 1) о наличии показаний (абсолютных или относительных) к оперативному вмешательству; 2) своевременности и правильности технического выполнения операции; 3) правильности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больного.

При оказании ортопедической стоматологической помощи экспертный анализ, кроме вышеуказанных вопросов, должен отражать оценку: 1) намечаемой конструкции зубного протеза и правильности клинического предортопедического ведения пациента; 2) правильности клинического ведения больного в периоде изготовления зубного протеза и курации пациента в периоде адаптации к зубному протезу; 3) наблюдения за больным в периоде пользования зубным протезом в случае выявления возникшего осложнения; 4) правильности технического выполнения зубного протеза и качества использованных для изготовления протезов материалов.

При медикаментозных осложнениях экспертная комиссия должна высказать суждение по ряду вопросов: 1) показано ли было назначение данного препарата при установленном диагнозе; 2) имелись ли индивидуальные противопоказания к данному препарату; 3) можно ли было предвидеть и предотвратить наступление осложнения, а при его возникновении – в полном ли объеме была оказана помощь.

При выявлении дефектов в диагностике и лечении стоматологических заболеваний или травм челюстно-лицевой области в задачу экспертизы также входит установление: 1) характера дефекта и его клинических последствий; 2) лица (медицинского работника), допустившего дефект; 3) причины дефекта; 4) роли и причинной связи дефекта с наступившими неблагоприятными последствиями.

Кроме перечисленных, на разрешение экспертной комиссии могут быть поставлены и другие вопросы, вытекающие из

особенностей конкретного случая, например, связанные с возмещением вреда здоровью, компенсацией морального вреда и материального ущерба.

Проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы регламентируется нормативными документами (Приказ Минздрава РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»).

Перед началом проведения экспертизы по материалам дела членам экспертной комиссии разъясняются их права и обязанности, предусмотренные ст. 85 ГПК РФ. В обязательном порядке все члены экспертной комиссии предупреждаются об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ, о чем ими дается подписка на титульном листе документа.

Работу над экспертизой можно условно разделить на четыре этапа:

Первый этап – это сбор всей информации позволяющей реконструировать все этапы оказания медицинской помощи. С учетом поставленной на первом этапе цели экспертная комиссия, изучив предоставленные для производства экспертизы медицинские документы, выстраивает схему всех этапов оказания пострадавшему медицинской помощи.

Второй этап – это проверка выдвинутых экспертных версий. При производстве экспертизы на данном этапе экспертная комиссия, проводит изучение имеющихся у нее в распоряжении медицинских документов, а так же материалов уголовного или гражданского дела.

Третий этап – это детальное обследование потерпевшего специалистами.

И, наконец, этап четвертый – формулирование экспертных выводов.

Изучение медицинских документов и составление обстоятельств дела

Правильно составленные и оформленные медицинские документы, включая клинический диагноз и назначенное лечение, являются основным документом для судебно-медицинского заключения о профессиональной деятельности врача-стоматолога и его квалификации. Особенно возрастает значение медицинских карт амбулаторного или стационарного больного в тех случаях, когда при оказании стоматологической помощи были произведены какие-либо вмешательства, изменившие первоначальное состояние зубочелюстной системы пациента.

Экспертный анализ медицинских документов предполагает оценку анамнестических данных, результатов объективного исследования, отражающих состояние слизистой оболочки полости рта, зубных рядов и отдельных зубов, пародонта, прикус, данных рентгенологического исследования. Обязательным требованием к оформлению медицинских документов является суммирование всех сведений о зубах и пародонте в одонтопародонтограмме.

Обращается внимание на тот факт, что план лечения должен полностью соответствовать выставленному диагнозу основного заболевания, его осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Например, удаление зубов должно проводиться строго по показаниям, вытекающим из данных обследования зубочелюстной системы, характера поражения коронки зуба, состояния пародонта и др. Показания к удалению зуба или его корня должны быть строго обоснованы и зафиксированы в картах амбулаторного или стационарного больного.

В дневнике должны отражаться все проводимые процедуры лечения и их результаты, а в эпикризе – краткая информация о течение заболевании, его исходе и прогнозе.

При несоблюдении требований к оформлению медицинских документов экспертная комиссия лишается доказательств, свидетельствующих о правильности оказанной медицинской помощи. В этих случаях все возникшие осложнения (непосредственные, ближайшие и отдаленные) на любом этапе лечения рассматриваются как следствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Судебно-медицинской экспертной комиссии для дачи заключения предоставляются все материалы уголовного или гражданского дела, включая подлинные медицинские документы, объяснительные записки, результаты служебного расследования и экспертиз страховых компаний и иные документы, имеющие отношение к рассматриваемому случаю.

В соответствии с уголовно-процессуальным законодательством, комиссия экспертов может запросить дополнительные материалы, присутствовать при допросах обвиняемых и свидетелей, задавать им через следователя вопросы. Привлекаемый к ответственности медицинский работник с согласия следователя имеет право присутствовать при обсуждении вопросов и ответов, уточнять детали обстоятельств дела, ставить на разрешение экспертной комиссии дополнительные вопросы, заявлять об отводе кого-либо из экспертов и ходатайствовать о назначении в качестве экспертов других лиц.

В соответствии с правилами производства судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел при составлении обстоятельств дела в экспертном документе требуется обязательное отражение сведений из медицинских карт амбулаторного или стационарного больного; протоколов клинических, клинико-анатомических конференций, ведомственных и вневедомственных расследований. В случаях смерти пациента приводятся данные из протоколов патологоанатомического исследования или заключения судебно-медицинского эксперта. Также отмечаются производственные характеристики на привлекаемых к ответственности лиц медицинского персонала, сведения из протоколов допросов, объяснений, справок и т.д., необходимых для всестороннего и объективного экспертного анализа.

При ответах на поставленные вопросы следует иметь в виду, что они должны быть полными, обоснованными, объективно и подробно разъясняющими правильность (или неправильность) выбранного лечения, причину возникновения того или иного осложнения, связь между действиями медицинских работников и неблагоприятным исходом.

Обязательное обследование пациента

Судебная защита прав пациентов имеет ряд специфических особенностей, среди которых важная роль принадлежит «Заключению эксперта», поскольку в большинстве случаев именно результатами экспертизы обосновывается судебное решение. Следует иметь в виду, что «Заключение эксперта» только тогда может обладать доказательной силой, когда полностью соответствует предъявляемым к нему требованиям, прежде всего требованию независимости, обоснованности и объективности.

В этом ключе следует остановиться на одной особенности проведения судебно-медицинских экспертиз по гражданским «врачебным» делам. Как показывает экспертная практика, в независимости от того, представлены ли на экспертизу медицинские документы в подлиннике, а также в каком объеме и насколько подробно отражены в них клинические, инструментальные и лабораторные данные, проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы в связи с гражданскими исками (в отличие от уголовного процесса) должно предусматривать обязательное обследование пациента в специализированном медицинском центре.

При этом клиническое обследование должно включать консультации не только специалистов, профиль которых соответствует профилю лечебного учреждения (медицинского работника), в отношении которого предъявлен гражданский иск и назначена судебно-медицинская экспертиза, но и специалистов смежных дисциплин, а также использование всего комплекса самых современных методов лабораторной и инструментальной диагностики.

Это связано с очевидным (процессуальным) фактом, поскольку медицинская документация лечебно-профилактического учреждения, в отношении которого предъявлен иск, не может выступать в качестве источника объективных критериев оценки объема и качества медицинской помощи (услуги). Существующие правила учета и хранения соответствующих документов в медицинском учреждении как частной, муниципальной, так и государственной систем здравоохранения не исключают возможности внесения в них задним числом изменений, искажающих объективные данные, что, по-видимому, должно быть предметом специальных экспертных исследований. Как свидетельствует экспертная практика, факты внесения изменений в медицинские документы со стороны представителей лечебных учреждений после предъявления им гражданских исков в связи с дефектами медицинской помощи встречаются почти в 10 % случаев.

С другой стороны, нельзя забывать и о другом (противоположном) факте, отмечаемом рядом авторов, что почти в половине случаев гражданские иски к врачам-стоматологам не являются обоснованными. По признанию судов, неэффективность стоматологической помощи в таких случаях может быть связана не с профессиональными ошибками стоматологов, а обусловлена неудовлетворительным состоянием санации полости рта и хроническими заболеваниями зубочелюстной системы, либо несвоевременным посещением кабинета врача-стоматолога, либо несвоевременным обращением за медицинской помощью, либо недобросовестным отношением к медицинским рекомендациям.

Влияние подобных «факторов риска», связанных с виной пациента, должно обязательно учитываться при оценке неблагоприятного исхода медицинской помощи.

Составление «Заключения эксперта»

Выводы в «Заключении эксперта» по уголовным или гражданским «врачебным» делам, представляют собой результат всестороннего, полного и объективного исследования представленных материалов, включая подлинники медицинских документов.

«Заключение эксперта» (экспертиза по материалам дела) состоит из вводной исследовательской и заключительной частей. Вводную часть «Заключения» оформляют с использованием типового бланка титульного листа – «Заключение эксперта (экспертиза по материалам дела)», утвержденного Минздравом РФ. В вводной части излагают обстоятельства дела, а также вопросы, подлежащие разрешению. Вопросы излагают в вводной части без изменения их нумерации, формулировки и последовательности.

Исследовательская часть представляет собой самостоятельный раздел «Заключения эксперта». Содержание исследовательской части включает совокупность сведений, полученных экспертом (экспертами) при всестороннем анализе материалов дела. Материалы, используемые при производстве экспертизы, отражаются в исследовательской части в виде необходимых по объему и содержанию выдержек из соответствующих документов с указанием реквизитов последних (наименование, номер, дата, исполнитель и т.п.) и обязательной ссылкой на номер листов дела. Если в процессе проведения экспертизы производились дополнительные и лабораторные судебно-медицинские исследования (гистологические, судебно-химические и др.), их либо приводят в конце исследовательской части, либо оформляют отдельными актами и прилагают к «Заключению эксперта». В конце исследовательской части должны быть подписи всех членов экспертной комиссии.

Выводы являются мотивированными, научно обоснованными ответами на вопросы, поставленные правоохранительными органами. Их формулируют на основе объективных данных, установленных в процессе экспертизы, экспертного анализа материалов дела и положений медицинской науки.

Последовательность выводов, как правило, отражает последовательность вопросов из постановления. В целях большей ясности и логичности изложения допускается группирование выводов или изменение их порядка с обязательным указанием, на какие вопросы отвечает данный вывод. Выводы об обстоятельствах, по которым экспертам не были заданы вопросы, но которые были установлены ими в процессе исследования, излагают в конце. Судебно-медицинская экспертная комиссия не вправе давать заключение о вине медицинского работника.

Выводы не должны допускать различного толкования. Каждый вывод должен быть мотивирован фактическими данными, в том числе ссылками на нормативные материалы с указанием реквизитов таких документов.

Если все члены экспертной комиссии пришли к единым выводам, они подписывают общее «Заключение эксперта». Если кто-то из членов экспертной комиссии имеет собственное мнение по существу поставленных вопросов, то он вправе изложить его отдельно. В этом случае эксперт подписывает лишь ту часть выводов, с которыми он согласен, а особое мнение эксперт излагает и подписывает после изложения единых выводов комиссии.

Все действия членов экспертной комиссии предусмотрены ст. 85 ГПК РФ.

В случае болезни одного из членов экспертной комиссии проведение экспертизы по материалам дела временно приостанавливается и продолжается после его выздоровления.

Следует отметить, что ни один из членов экспертной комиссии не может уклониться от явки в суд для разъяснения суду вопросов входящих в его профессиональную компетенцию.

Список литературы:

1. *Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. Выявление дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии || Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. № 6. С. 52-59.*
2. *Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. 204 с.*
3. *Черкалина Е. Н., Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. К вопросу о проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз связанных с ненадлежащем оказанием медицинской помощи в стоматологии || Медицинская экспертиза и право. 2009. № 2. С. 39-40.*

Об авторах

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, профессор, Москва, ev.barinov@mail.ru

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Москва

Barinov Evgeny Hristoforovich – Professor of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» Ministry of Health of the Russian Federation, PhD, Moscow

ev.barinov@mail.ru

Romodanovsky Pavel Olegovich – Head of the Department of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» Ministry of Health of the Russian Federation, doctor of medical sciences, Professor, Moscow

Барканов В.Б., Горячев А.Н., Колченко В.А.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СЛУЧАЯХ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ С МАССОВОЙ ГИБЕЛЬЮ ЛЮДЕЙ

Статья посвящена организационно-правовым основам судебно-медицинской службы при взрывной травме с массовой гибелью людей на примере терактов 20.10.2013 и 29-30.12.2013 в Волгограде. Показан алгоритм организации судебно-медицинской службы в разрезе соблюдения правовых норм при массовом поступлении погибших и пострадавших при терактах на примере Волгоградского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Ключевые слова: *массовая гибель людей, взрывная травма, судебно-медицинская экспертиза.*

Barkanov V. N., Goryachev A. N., Kolchenko V.A.

ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN CASES OF EXPLOSIVE INJURY WITH MASSIVE LOSS OF PEOPLE

The article is devoted to legal and organizational fundamentals of forensic medical services by the explosive injury with massive loss of people on the example of the attacks 20.10.2013 and 29-30.12.2013 in Volgograd. The algorithm of the organization of forensic medical services in the context of the implementation of legal norms in the mass admission of those died and injured in the terrorist attacks on the example of the Volgograd regional Bureau is shown.

Keywords: *massive loss of people, explosive injury, forensic examination*

Массовая гибель людей при террористических атаках является феноменом, существующем в специфическом правовом поле. Организация работы требует изменения как оперативного управления в работе судебно-медицинской службы, так и соблюдения некоторых правовых норм, редко встречающихся в повседневной жизни. Данные положения можно проиллюстрировать на примере терактов, произошедших в Волгограде в октябре и декабре 2013 года.

Хронология событий. Первый теракт произошел 21 октября 2013 года 14:05 по московскому времени в автобусе «ЛиАЗ», следовавшем по маршруту № 29 в Красноармейском районе города Волгограда. Мощность взрыва составила 500-600 грамм в троти-

ловом эквиваленте. В результате взрыва погибло 8 человек, включая террористку, ранено 37 человек (30 из них были госпитализированы). Личность террористки-смертницы была установлена: ею оказалась 30-летняя уроженка Республики Дагестан Наида Асиялова, находившаяся в федеральном розыске. Теракты 29 – 30 декабря 2013 года были подготовлены и проведены террористами-смертниками диверсионной группы «Ансар Аль-Сунна». В качестве самодельных взрывных устройств были использованы фугасные снаряды с выкрученными взрывателями и встроенными самодельными электродетонаторами, приводящимися в действие бытовой кнопкой-выключателем.

29 декабря 2013 года в 12 часов 45 минут в здании железнодорожного вокзала Волгоград I на входе у досмотровой зоны произошёл взрыв. Его мощность составила не менее 10 кг в тротиловом эквиваленте. Подрыв осуществил Аскер Самедов. Второй террорист – Сулейман Магомедов – наблюдал за происходящим на площади. Он осуществил взрыв в троллейбусе на следующий день – 30.12.2013 в 8 часов 23 минуты. Мощность взрыва составила 4 кг в тротиловом эквиваленте.

Организационные аспекты. При работе судебно-медицинской службы при терактах всю совокупность мероприятий условно можно было разделить на две большие категории: проведение собственно судебно-медицинских исследований и организационно-методическое обеспечение. При этом мероприятия были разделены на срочные и отсроченные [1].

Аппаратом бюро было принято управленческое решение на создание трех бригад врачей судебно-медицинских экспертов: первая бригада была направлена на место теракта для работы на месте происшествия. Вторая бригада была сформирована в судебно-медицинском отделении для приема трупов и проведении судебно-медицинских экспертиз трупов с места терактов. Третья бригада приняла на себя текущие поступившие трупы и проводила их экспертизу. В первые две бригады были выделены наиболее квалифицированные судебно-медицинские эксперты, привлеченные, в том числе из близлежащих судебно-медицинских отделений.

Дополнительно были выделены силы для предварительного определения тяжести вреда, причиненного здоровью и группа, занимающаяся опознанием погибших. Комплекс организационно-методических мероприятий также включал в себя осуществление оперативной связи на всех этапах для информирования о количестве погибших и умерших в больницах, о проведенных экспертизах тяжести вреда здоровью:

- ✓ министерства здравоохранения Волгоградской области;
- ✓ следственного управления СК РФ по Волгоградской области;
- ✓ Российского центра судебно-медицинской экспертизы.

К отсроченным мероприятиям относились судебно-медицинские экспертизы трупов, умерших в лечебных учреждениях и проведение судебно-медицинской экспертизы медицинской документации пострадавших в терактах из лечебных учреждений для определения тяжести вреда, причиненного здоровью.

Работа на месте происшествий. Ввиду большого количества погибших и необходимости чрезвычайно детального описания всех предметов, имеющих отношение к теракту, исследование мест происшествия велось зонированным способом с разделением на квадраты. Также проводилось детальное фотографирование всех объектов ввиду их многочисленности и невозможности полного описания на месте происшествия. Исследование тел погибших на месте взрывов, помимо описания повреждения, включала в себя возможную идентификацию частей тела, которые можно было соотнести между собой по фрагментам одежды, характеру отделения частей тела, наличию документов, аксессуаров. Разумеется, при судебно-медицинском исследовании от всех фрагментов тел были взяты образцы для медико-генетического исследования и установления идентичности фрагментов тел. Однако их сличение на месте происшествий значительно облегчало дальнейшую работу в судебно-медицинском морге.

Во всех терактах – в автобусе, на вокзале, в троллейбусе – важной задачей судебно-медицинской службы являлось установление эпицентра взрыва и личностей смертников. Оперативность данной процедуры диктовалась необходимостью определения лица, совершившего теракт, для выявления его связей, контактов, пособников и организаторов.

Немаловажное значение при описании имело также определение характера и вида поражающих элементов для возможного определения источника их происхождения, а также дифференцировки повреждений на [2]:

- ✓ контузионные, вызванные действием ударной волны;
- ✓ осколочные, вследствие действия первичных и вторичных поражающих элементов;
- ✓ полученные при отбрасывании тела на предметы окружающей обстановки;
- ✓ термические, при действии высокой температуры взрыва.

Судебно-медицинское исследование трупов. При судебно-медицинском исследовании трупов в морге было проведено выделение секционных столов для трупов лиц, погибших при терактах. Трупы из других мест, которые находились в морге, вскрывались до их окончания третьей бригадой судмедэкспертов, после этого третья бригада присоединилась к исследованию трупов лиц, погибших при терактах. В это же время текущий ежедневный поток поступающих трупов был переориентирован на близрасположенные судебно-медицинские отделения с оставшимся в них врачами судебно-медицинскими экспертами.

При судебно-медицинском исследовании в морге круг задач, стоящих перед врачами, был разделен на следующие категории:

- ✓ идентификация принадлежности частей тел;
- ✓ определение числа, характера, выраженности повреждений;
- ✓ опознание родственниками.

Идентификация частей тел была продолжением аналогичной процедуры на месте происшествия и проводилась по фрагментам одежды, характеру отделения частей тела, наличию документов, аксессуаров, особым приметам, татуировкам.

Особую ответственность приобрело опознание трупов родственниками погибших. Розыск начинался в больницах, куда были эвакуированы пострадавшие; в случае их отсутствия в лечебных учреждениях родственников привозили к судебно-медицинскому моргу и, на основе внешнего описания, наличия вещей, особых примет, определялись наиболее подходящие под описание трупы, опознание которых и проводилось [3].

Все вышеперечисленные мероприятия позволили оперативно осуществить судебно-медицинское обеспечение ликвидации последствий террористических актов на территории города Волгограда.

Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью. Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью потерпевших при терактах, проводилась при их обращении и при направлении медицинской документации из лечебных учреждений Волгограда и Москвы в отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц Волгоградского областного бюро судебно-медицинской экспертизы. В связи с этим возникали определенные правовые коллизии. Так, на следующий день после терактов экс-губернатором в прямом эфире телевидения были сразу же озвучены цифры материальной помощи для потерпевших и семей погибших. Так, семьям погибших выплачивали по 1 млн. рублей, потерпевшим – по 400 тыс. рублей. Впоследствии было уточнено, что 400 тыс. рублей выплат предусмотрено для лиц, которым причинен тяжкий и средний вред здоровью, в то время как для лиц с легким вредом здоровью законодательно была предусмотрена компенсация в 200 тыс. руб. Несмотря на ссылки на нормативные акты, предусматривающие размер выплат, люди требовали именно тот размер компенсации, который был озвучен в телеэфире. Такая скоропалительная реакция привела к жалобам, а также определенному давлению на врачей судебно-медицинских экспертов с требованиями утяжеления устанавливаемого вреда здоровью со стороны потерпевших. Кроме того, на врачей судебно-медицинских экспертов отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц оказывалось административное давление с целью ускорения производства экспертиз для скорейшей выплаты компенсаций. Зачастую это приводило к оценке тяжести вреда здоровью по сигнальным листам скорой помощи, где присутствовала гипердиагностика. Так, например, в одном случае, пострадавшей был поставлен диагноз: «Баротравма с повреждением барабанной перепонки, стойкая потеря слуха». Изначально поставленная средняя тяжесть вреда здоровью после детального обследования и лечения в стационаре была переквалифицирована, как «без вреда здоровью», поскольку было обнаружено, что ударной волной имеющиеся у пациентки серные пробки были плотнее запрессованы в слуховых проходах, что и привело к резкому снижению слуха.

Таким образом, террористические акты являются ситуацией, требующей принципиально иной организации работы судебно-медицинской службы при ограниченном количестве ресурсов и одновременном поступлении большого числа погибших и постра-

давших. Кроме того, требуется тщательно учитывать тот объем сведений, который предоставляется средствами массовой информации в условиях всеобщего психоэмоционального стресса.

Список литературы:

1. *Пашинян Г.А. Тучик Е.С. Судебно-медицинская экспертиза при крупномасштабных катастрофах. М.: Изд-во «ПАН», 1994. 136 с.*
1. *Шмаров Л.А. Судебно-медицинская характеристика огнестрельных и взрывных повреждений, возникающих при различных видах террористических актов. – дисс. ... канд. мед. наук. Москва. 2007. 196 с.*
2. *Юдина Н.Г. Особенности судебно-медицинской экспертизы трупов при идентификации в случаях массовых катастроф. Дисс. ... канд. мед. наук. Самара. 2001. 158 с.*

Об авторах

Барканов Вячеслав Борисович – заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», начальник ГКУЗ «Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», доцент, кандидат медицинских наук, Волгоград, sudmed-volgograd@mail.ru

Горячев Антон Николаевич – ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», заместитель начальника по ОМР ГКУЗ «Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, Волгоград

Колченко Вадим Алексеевич – ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», заместитель начальника по КЭР ГКУЗ «Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Волгоград

Barkanov Vyacheslav Borisovich – Head of the Department of forensic medicine of Volgograd state medical University, associate Professor, PhD, Volgograd, sudmed-volgograd@mail.ru

Goryachev Anton Nikolaevich – assistant of the Department of forensic medicine of Volgograd state medical University, PhD, Volgograd

Kolchenko Vadim Alekseevich – assistant of the Department of forensic medicine of Volgograd state medical University, Volgograd

Белянский К.Д., Борисов А.В., Налётова Д.М.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Статья посвящена региональному опыту проведения судебно-медицинской экспертизы при расследовании дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Ключевые слова: *оказание медицинской помощи; судебно-медицинская экспертиза; экспертиза качества медицинской помощи.*

Belyanskiy K. D., Borisov A. V., Nalyotova D. M.

REGIONAL EXPERIENCE EXPERT EVALUATION OFFENSES IN THE SPHERE OF MEDICAL ACTIVITY

The article is devoted to the regional experience of forensics in investigating cases involving the improper performance of professional duties by medical workers.

Keywords: *health care, forensic examination, examination of the quality of care.*

В последние годы социум весьма пристрастно относится к отечественной медицине и случаи неблагоприятных исходов все чаще сопровождаются широким общественным резонансом. Прочно сформированное негативное отношение к системе здравоохранения охватило практически все слои населения, включая работников органов следствия и суда [1, 2].

В определенных случаях «ненаказуемость» действий медицинских работников, в силу предусмотренных законодателем норм и подходов к уголовно-правовой оценке действий, заставляет граждан обращаться в средства массовой информации и приемные высших органов исполнительной власти.

Подобные инициативы граждан порождают стремления со стороны правоохранительных органов выявить хоть какие-то нарушения при оказании медицинской помощи для удовлетворения общественного «заказа» в отношении медицинских работников.

Так, в Воронежской области трендом последних лет является формирование при назначении судебно-медицинских экспертиз, как в уголовном, так и в гражданском судопроизводстве внушительного перечня вопросов фактически, перекрывающего единым блоком и судебно-медицинскую, и экспертизу качества оказания медицинской помощи.

Устоявшиеся слухи о корпоративной установке региональных бюро судебно-медицинской экспертизы на сокрытие истины, наряду с многолетним мифом о безнаказанности «людей в белых халатах», являются основными мотивами для «лавинообразных» ходатайств о назначении «независимой» экспертизы в негосударственном учреждении.

В свою очередь, как показывает практика, негосударственное учреждение в стремлении удовлетворения «заказа», а также формирования привлекательного имиджа «беспристрастной экспертизы» и дальнейшего привлечения инвестиций готово выполнить под эгидой судебно-медицинской экспертизы экспертизу качества оказания медицинской помощи с выявлением впечатляющего перечня дефектов и недостатков.

Проиллюстрируем сказанное выше на конкретном примере из практики Воронежского областного бюро, сопровождавшимся определенным общественным резонансом.

Мужчина 38 лет, в течение 3-х суток употреблял спиртные напитки, самочувствие ухудшилось вечером 14.01.2014 г. 15.01.2014 г. в 19:45 ч. был осмотрен фельдшером, предъявлял жалобы на чувство нехватки воздуха, одышку, жидкий стул. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы гиперемированы. АД 70| 40 мм рт.ст., ЧДД 24| мин., t 36,8 °С; аускультативно: дыхание жесткое, хрипов нет; тоны сердца ритмичные, приглушены; язык сухой; живот мягкий, безболезненный; отеков нет; на ЭКГ – ритм синусовый, регулярный, нормальное положение ЭОС, ЧСС 85 в мин. Был введен внутримышечно раствор дексаметазона, принято решение о госпитализации пациента в районную больницу. 15.01.2014 г. в 20:30 ч. пациент в машине скорой медицинской помощи осмотрен дежурным реаниматологом. Объективно: контакту доступен, ориентирован в месте, времени, сознание ясное, АД 110| 70 мм рт. ст., пульс 112 в мин., тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧДД 19-20 в мин., дыхание самостоятельное, субкомпенсированное, хрипы в легких нет, сатурация 98%. Живот чувствительный в эпигастрии, рекомендована консультация дежурного терапевта, после чего пациент был доставлен в терапевтическое отделение, где осмотрен дежурным врачом-терапевтом. При осмотре предъявлял жалобы на общую слабость, боли в груди, чувство нехватки воздуха, чувство жара во всем теле, тошноту, периодическую рвоту. Объективно: состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, отмечается синюшность ногтевых фаланг обеих кистей. При аускультации в легких дыхание везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 80| 60 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на +2+4см от края реберной дуги. Отеков нет. Были проведены общий анализ крови (гемоглобин 135 г| л, лейкоциты 5,9.109| л, СОЭ 3 мм| ч), общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (общий белок 59 г| л, глюкоза 3,8 ммоль| л, мочевина 15,1 ммоль| л, амилаза 4,7мг). На 16.01.2014 г. запланировано проведение УЗИ исследования печени и поджелудочной железы, ЭФГДС. Назначена адекватная инфузионная терапия. При динамическом наблюдении на фоне субъективного улучшения состояния АД в пределах от 100| 80 до 110| 70 мм рт. ст., пульс 100-112 в мин., ЧДД 19 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. В 23:50-23:55 ч. состояние больного резко ухудшилось, объективно: состояние тяжелое, отдельные редкие дыхательные движения грудной клетки, АД и пульс на периферии не определяются. 16.01.2015 г. в 00:35 ч. констатирована биологическая смерть.

При судебно-медицинском исследовании трупа были выявлены признаки обострения хронической язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с кровотечением, хронической алкогольной интоксикации с полиорганными проявлениями с ведущим поражением сердца (алкогольная кардиомиопатия). Смерть наступила от алкогольной кардиомиопатии и обострения хронической язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне хронической алкогольной интоксикации с полиорганными проявления-

ми. Течение хронической язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложнилось кишечным кровотечением и кровопотерей, что в совокупности с алкогольной кардиомиопатией привело к острой сердечной недостаточности, явившейся непосредственной причиной смерти. Фактически имело место расхождение заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов 1 категории по причине кратковременности пребывания пациента в медицинской организации в сочетании с атипичным течением заболевания.

В выводах комплексной судебно-медицинской экспертизы была отмечена неполнота назначения части диагностических исследований, однако в целом диагностический набор и лечебное пособие были признаны адекватными и достаточными состоянию пациента, т.е. имевшейся клинической картины на момент поступления в лечебное учреждение.

После проведенной следственными органами проверки вынесено решение об отказе в возбуждении уголовного дела. Мать умершего обратилась в суд с иском к ответчику – районной больнице о взыскании морального вреда во внушительной сумме в связи с тем, что ее сын умер по причине ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В рамках гражданского судопроизводства проведение судебно-медицинской экспертизы было поручено негосударственному экспертному учреждению г. Москвы.

Ангажированная эмоционально-бытовая оценка медицинских фактов и необоснованные псевдонаучные домыслы в выводах «независимой» экспертизы явились для неискушенных участников процесса достаточно убедительными и укрепили изначально предвзятое отношение к медицинской организации.

В силу изложенных причин, дальнейшее выступление комиссии экспертов в судебном заседании не позволило в должной мере переубедить суд в недопустимости подмены предмета экспертизы и решения внутри судебно-медицинской экспертизы вопросов качества оказания медицинской помощи.

Представленный пример, по нашему мнению, демонстрирует актуальность проблемы обеспечения системы правосудия качественными экспертизами, выполненными на основе единых методологических принципов с использованием терминов и понятий не «отягощенных» различным толкованием.

Список литературы:

1. *Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза и «медицинские споры» || Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях: труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. М.: Издательство «Голден-Би», 2013. Т 1. С. 70-72.*
2. *Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. 164 с.*

Об авторах

Белянский Константин Дмитриевич – начальник, бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, Воронеж, root@sudmedburo.comch.ru

Борисов Алексей Викторович – заместитель начальника по экспертной работе, бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, Воронеж, alexborisof@rambler.ru

Налётова Диана Марфеловна – заместитель начальника по организационно-методической работе, бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Воронеж, diandess@yandex.ru

Belyanskiy Konstantin Dmitrievich – Chief of budget health of the Voronezh region «Voronezh Regional Bureau of forensic medical examination», candidate of medical sciences, Voronezh, root@sudmedburo.comch.ru

Borisov Alexey Viktorovich – Deputy Head of the expert work of budget health of the Voronezh region «Voronezh Regional Bureau of forensic medical examination», candidate of medical sciences, Voronezh, alexborisof@rambler.ru

Nalyotova Diana Marfelovna – Deputy Head of the organizational and methodological work of budget health of the Voronezh region «Voronezh Regional Bureau of forensic medical examination», candidate of medical sciences, Voronezh, diandess@yandex.ru

Богомолов Д.В., Кульбицкий Б.Н., Путинцев В.А.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ И ЗАДАЧАХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКОТОРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ

В статье освещаются новые возможности иммуногистохимического метода исследования при судебно-медицинской диагностике некоторых отравлений в практике судебно-медицинского эксперта-гистолога.

Ключевые слова: *иммуногистохимический метод; судебно-медицинская диагностика; отравление.*

D. V. Bogomolov, B. N. Kulbitskiy, V. A. Putintsev

NEW FEATURES IMMUNOHISTOCHEMISTRY RESEARCH PURPOSES AND TASKS OF FORENSIC MEDICAL DIAGNOSIS OF CERTAIN POISONING IN ACTUAL PRACTICE

This article highlights the new opportunities immunohistochemical studies in forensic medical diagnosis of some poisoning in practice forensic expert-histologist.

Keywords: *immunohistochemical studies; forensic diagnostics; poisoning.*

На сегодняшний день проблема судебно-медицинской диагностики отравлений остаётся одной из наиболее сложных и актуальных в отношении патоморфологической картины проявления действия многих ядов и возможности её изучения.

В большинстве случаев, применяется преимущественно синдромологический подход к такой диагностике, позволяющий судить лишь о групповой характеристике воздействия токсиканта, не уточняя нарушений функций и структуры внутренних органов, характерных для конкретного вида ядовитого вещества.

В современной судебно-медицинской экспертизе, танатологии и гистологии в частности, всё большое значение приобретает использование высокочувствительных методов иммуногистохимии (далее ИГХ) для решения сложных задач диагностики [1, 2]. Наше сообщение посвящено новым возможностям применения методов ИГХ в судебно-медицинской диагностике отравлений.

Одним из вопросов диагностики при применении рутинных окрасок является морфологическая оценка насосной функции сердца. В то время как морфологические маркеры терминальных осложнений нарушений иных функций сердечной мышцы в виде миоцитолиза, контрактурных повреждений и фрагментации могут быть успешно диагностированы с использованием рутинных методик, насосная функция не относится к таковым [3]. Естественным желанием морфолога при оценке сократительной функции миокарда является обнаружение субстрата сокращения, то есть микроскопической картины фибриллярного аппарата сердечных волокон. Одним из таких маркеров может служить саркомерный актин [4]. В частности в нашей практике встретилось хроническое отравление аллопуринолом на фоне хронической алкогольной интоксикации, где причиной смерти явилась прогрессирующая сердечная недостаточность. Известно, что погибший принимал этот препарат в течение длительного времени для лечения подагры без медицинского контроля. Гистологически сердце являло картину алкогольной кардиомиопатии без ярких признаков фибрилляции. Однако иммуногистохимический анализ выявил во всем миокарде резкое снижение экспрессии саркомерного актина. Особенно заметно было это снижение при сравнении экспрессии данного антигена в интактном сердце человека, погибшего быстро от несовместимой с жизнью черепно-мозговой травмой. Таким образом, именно этот феномен позволил нам обнаружить субстрат сердечной недостаточности.

Ряд иных исследований структуры проводящей системы сердца при сравнении смерти от осложнений АКМП и ХИБС позволил обнаружить демонстративные дифференциально-диагностические отличия патологии цитоскелета элементов проводящего и рабочего миокарда при этих двух страданиях. В танатогенезе изученных страданий несомненную роль играет экссудация плазменных субстанций в структуры ПСС, что было продемонстрировано при окраске препаратов антителами к фибриногену. Повышение проницаемости сосудов и мембран клеток ПСС для этих субстанций является маркером терминальной сосудисто-метаболической катастрофы как при ИБС, так и при АКМП, которая ведет к нарушению генерации и проведения электрическо-

го импульса из ПСС в рабочий миокард и в финале к фибрилляции желудочков сердца или асистолии, что снижением экспрессии саркомерного актина при применении ИГХ метода [5].

Большинство отравлений ведут к развитию того или иного варианта коагулопатии. Динамика развития данного патологического состояния – синдрома диссеминированного сосудистого свертывания (ДВС-синдрома) зачастую напрямую связана с типом танатогенеза, особенно при осложнении отравления токсическим шоком. В доказательстве ранних фаз ДВС-синдрома ИГХ исследования не может быть переоценено. Баланс факторов свёртывания и противосвертывающей систем может быть определён иммуногистохимически, а он служит маркером давности ДВС-синдрома. Особенно важна демонстрация ранних фаз ДВС-синдрома при остром отравлении суррогатами этанола.

Применение нами маркеров пролиферации и апоптоза при исследовании отравлений ядами бледной поганки показало, что при смерти от массивного некроза печени, сопровождающего такие отравления, показана экспрессия Ki-67 перипортально в гепатоцитах и bcl-2 в зонах некроза, что указывает на роль апоптоза в некротическом процессе в печени и на пролиферативный потенциал перипортальных камбиальных элементов в печени при данном отравлении [5].

Необратимая дезорганизация работы нейрональных сетей коры головного мозга была оптимально подтверждена при ИГХ окраске маркерами нейронального повреждения, т. к. именно она знаменует наступление смерти в собственном смысле при отравлениях т. н. психотропными ядами. Так, алкогольная энцефалопатия характеризуется различными формами патологии глии, выявить которые можно в том числе методами ИГХ [6, 7]. Нами показана экспрессия виментина в астроцитах при хронической токсикомании, связанной с отравлением бутаном. Однако более широкое внедрение нейроморфологических методик ИГХ требует проведения ранних вскрытий, что в условиях сегодняшних реалий не всегда приемлемо в судебно-медицинской практике.

Мы привели лишь некоторые примеры применения ИГХ методик в судебно-медицинской диагностике отдельных отравлений, но уже сказанного достаточно, чтобы продемонстрировать высокую перспективность данного направления судебной гистологии.

Таким образом, изложенные нами факты свидетельствуют о значительных перспективах применения методов ИГХ в судебной медицине, в том числе для диагностики отравлений и уточнения особенностей их танатогенеза.

Список литературы

1. *Иммуногистохимические методы. Руководство | Под ре. ред. Г. А. Франка и П. Г. Малькова. М.: Dako, 2011. 224 с.*
2. *Методика иммуногистохимического исследования в судебно-медицинской гистологии | Методические рекомендации ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России для экспертов [Ковалев А. В. и др.]. М.: Издательство «ГОЛДЕН-БИ», 2013. 16 с.*
3. *Кактурский Л. В. Внезапная сердечная смерть (клиническая морфология). М.: Медицина для всех, 2000. 127 с.*
4. *Иммуногистохимические исследование ушиба сердца [Збруева Ю. В. и др.] || СМЭ. 2013. № 1. С. 54-55.*
5. *Богомолов Д. В., Кульбицкий Б. Н., Путинцев В. А. Примеры использования иммугогистохимических методов в судебно медицине | Сборник материалов Расширенной научно-практической конференции, посвященной 95-летию Санкт-Петербургского ГБУЗ «ГОРОДСКОГО БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ». Санкт-Петербург, 23-24 мая 2013 года. || Актуальные вопросы профилактики и лабораторной диагностики в судебной медицине. СПб. 2013. С. 154.*
6. *Прогерия как общепатологическое основание алкогольной энцефалопатии [Богомолов Д. В. и др.]. Наркология. 2013. № 3. С. 74-76.*
7. *Коржевский Д. Э. Теоретическиеосновы и практическое применение методов иммуногистохимии | Рук-во. С.-Пб.: Спецлит, 2012. 111 с.*

Сведения об авторах

Богомолов Дмитрий Валериевич – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела специальных лабораторных исследований ФГБУ РЦСМЭ МЗ РФ, г. Москва, usicc@yandex.ru

Кульбицкий Борис Николаевич – научный сотрудник отдела специальных лабораторных исследований ФГБУ РЦСМЭ МЗ РФ, город Москва, kulbitskiybn@rambler.ru

Путинцев Владимир Александрович – кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела специальных лабораторных исследований ФГБУ РЦСМЭ МЗ РФ, г. Москва, pv963@mail.ru

Bogomolov Dmitriy – MD, Chief Researcher of the department of special laboratory studies Federal state budgetary institution «Russian Centre of Forensic Medical Expertise», Russian Ministry of Health, Moscow, usicc@yandex.ru

Kulbitskiy Boris – Researcher at the Department of special laboratory studies Federal state budgetary institution «Russian Centre of Forensic Medical Expertise», Russian Ministry of Health, Moscow, kulbitskiybn@rambler.ru

Putintsev Vladimir – PhD, Associate Professor, Leading Researcher at the Department of special laboratory studies Federal state budgetary institution «Russian Centre of Forensic Medical Expertise», Russian Ministry of Health, Moscow, pv963@mail.ru

Ерофеев С.В., Каменская Н.А., Кукушкина И.С., Малахов Н.В., Павлова Ю.В.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

В работе дан обзор организации и сущности проведения сложных экспертиз в связи с неблагоприятным исходом медицинской помощи. Освещены возникающие при этом сложности формирования комиссий, финансирования, процессуальных положений, взаимоотношений с «независимыми» экспертами. Предложены пути разрешения противоречий, реальные способы совершенствования экспертной деятельности.

Ключевые слова: *неблагоприятный исход медицинской помощи; ненадлежащее врачевание; судебно-медицинская экспертиза в уголовном и гражданском процессе.*

Erofeev S.V., Kamenskaya N.A., Kukushkina I.S., Malakhov N.V., Pavlova Y.V.

EXPERT EVALUATION OF AN ADVERSE OUTCOME OF MEDICAL CARE: THE PROBLEM AND POSSIBLE SOLUTIONS

The paper provides an overview of the organization and the nature of the complex examinations in connection with the unfavourable outcome of care. This highlights the complexity arising from the formation of the commissions, financing, procedural provisions, relationship with the «independent» experts. The ways of resolving contradictions, real ways to improve expert activity.

Keywords: *an adverse outcome of medical care; improper healing; forensic examination in criminal and civil proceedings.*

В настоящей публикации мы излагаем наши наблюдения за развитием проблемы неблагоприятного исхода медицинской помощи, которые характерны для последних двух-трёх лет. Коллегам, знакомым с нашей работой [1, 2, 3] известно, что более двадцати последних лет мы заняты изучением неблагоприятного исхода медицинской помощи – в судебно-медицинском, правовом, клиническом и организационном аспектах. Мы с благодарностью отмечаем, что за последние 10 лет материалы уголовных, гражданских дел и судебно-медицинских экспертиз при подозрении на ненадлежащее оказание медицинской помощи попали в сферу профессионального интереса ещё нескольких десятков коллег, с

которыми у нас установились тесные профессиональные контакты. Важно, что среди них не только судебно-медицинские эксперты, начальники бюро судебно-медицинской экспертизы, но и эксперты страховых медицинских организаций, юристы, врачи-клиницисты, организаторы здравоохранения. В их числе немало практикующих врачей и юристов, хорошо знакомых с реальными особенностями неблагоприятного исхода медицинской помощи. Очевидно, что проблемные вопросы ненадлежащего оказания медицинской помощи к тому же быстро меняются – вслед за нормативной правовой базой, судебно-следственной практикой, развитием медицинских технологий, финансированием и организацией в системе здравоохранения.

Именно для этого сообщества экспертов, врачей, юристов и вместе с ним мы ведем мониторинг указанной проблемы в динамике. Опыт этой организационной работы был систематически обобщен на всероссийских съездах и научно-практических конференциях по медицинскому праву и биоэтике, которые ежегодно были организованы нами не менее двух раз в год. Особенно активно в них участвуют и ведут работу в своих субъектах представители Центрального, Приволжского, Северо-Западного федеральных округов России.

Какие же изменения коснулись проблемы конфликта между врачом и пациентом за последние 3 года и как они отразились на экспертной и судебно-следственной практике?

Обращает на себя внимание резкий рост негативных проявлений по отношению к государственной судебно-медицинской экспертизе, проводимой при расследовании этой категории уголовных и гражданских дел. Мы и наши коллеги – эксперты, занятые производством комиссионных экспертиз давно и профессионально, с удивлением знакомимся с публичными заявлениями представителей Национальной Медицинской Палаты: «…необходима объективная система независимой экспертизы качества медицинской помощи. Невозможно никакой медиации и невозможно никакого решения третейского суда, если в основе его не лежит справедливое и компетентное экспертное решение. С экспертным решением у нас в стране есть проблемы, справедливых экспертных решений очень и очень мало», – говорит Алексей Старченко, сопредседатель

Комитета по независимой экспертизе качества НМП, – Национальной Медицинской Палате удалось переломить судопроизводство в случаях несправедливых заключений судебной медицинской экспертизы. Но на сегодняшний день мы вынуждены констатировать, что серьёзного и справедливого судопроизводства по вопросам медицины в нашей стране практически нет». [4]

Отметим, что это заявляет поборник защиты интересов врачебного сообщества. Казалось бы, можно ожидать, что экспертные заключения должны удовлетворять иную сторону процесса – пациентов и их представителей. Но в публичных заявлениях А.В. Саверского, как президента Лиги защитников пациентов, вновь содержится недовольство отсутствием в стране независимых экспертов, некомпетентностью и нежеланием правоохранительных органов разбираться в вопросах врачебных правонарушений. Результатами судебно-медицинской экспертизы всегда недовольны и пациенты, и врачи, если заключение не соответствует их представлениям о происшедшем. Это выражается в многочисленных жалобах сторон вплоть до самых высоких инстанций. Активное недовольство экспертизой обычно ведет к возобновлению следственных действий и пересмотру решения суда – по мнению вышестоящей судебной или следственной инстанции. Это практически всегда сопровождается назначением повторной экспертизы – вопреки чётко обозначенным в процессуальных Кодексах основаниям для неё. И действительно, ни в УПК РФ, ни в ГК РФ не содержится такого основания для повторной экспертизы, как «несогласие с результатами экспертизы», которое мы встречаем в большинстве постановлений и определений.

Из изложенного становятся понятными нервозность и сложность расследования дел о «медицинских происшествиях», а также раздражение следователя и судьи, которое оборачивается неудовлетворенностью в отношении основного документа, несущего доказательственную информацию, – заключения комиссионной медицинской судебной экспертизы (КМСЭ).

В итоге от сотрудников СУСК РФ судебно-медицинские эксперты всё чаще слышат заявления о том, что при Следственном Комитете РФ должно существовать подразделение, исполняющее КМСЭ в связи с правонарушениями медицинского персонала.

Таким образом, в последние годы вокруг процедуры выполнения судебно-медицинских экспертиз при «медицинских инцидентах» сложилась атмосфера недовольства экспертизой со стороны всех основных субъектов уголовного и гражданского процесса, а также – со стороны общественных организаций, формирующих общественное мнение об экспертной деятельности Бюро СМЭ.

Очевидно: если судебно-медицинская экспертиза по «врачебным делам» умудрилась «обидеть» столь разные по своим функциям структуры, имеющие противоположные цели в процессе расследования, то упрёки в «экспертном субъективизме и некомпетентности» вряд ли справедливы.

В целом такие условия работы государственной судебно-медицинской экспертной службы характерны для последних лет. Для экспертов они не являются новыми: любая экспертиза изначально обречена на недовольство хотя бы одной из противоборствующих сторон, а потому специальность «Судебно-медицинская экспертиза» также обречена на конфликтность; степень недовольства работой судебно-медицинского эксперта едва ли не самая высокая в медицине. Более того – наш опыт показывает, что чем выше уровень сложности работы, профессионализма и принципиальности эксперта, тем более серьёзное противодействие ощущается со стороны оппонентов.

В изложенном фрагменте статьи мы описали условия, в которых происходит исполнение сложных комиссионных экспертиз во многих государственных Бюро судебно-медицинской экспертизы, и какое общественное мнение сформировалось и продолжает навязываться обществу о работе судебно-медицинских экспертных комиссий по делам о правонарушениях медицинского персонала. Признаёмся, что мы впервые затронули этот аспект непростой в психологическом плане работы эксперта. Непростой потому, что при добросовестном и профессиональном отношении к делу психологические сложности для работающего как «свой среди чужих и чужой среди своих» вполне очевидны.

Во второй части нашей публикации – о причинах, усложняющих экспертную деятельность в настоящее время, и возможностях по их устранению либо уменьшению влияния на процесс экспертной оценки медицинских правонарушений.

В прошедшем 2014 году во многих субъектах РФ наблюдался резкий рост комиссионных экспертиз на этапе доследственной проверки по «врачебным делам». Ранее мы предупреждали о нецелесообразности назначения экспертизы до возбуждения уголовного дела при медицинских происшествиях [2, 3], несмотря на то, что эта возможность предоставлена ст. 144 УПК РФ с 15.03.2013 г. [3]. К сожалению, прогноз о росте непродуктивной экспертной работы полностью оправдался. В ряде субъектов РФ стремительный рост числа комиссионных экспертиз по этой категории дел обусловлен тремя факторами:

- ✓ упорством управлений СК РФ в назначении экспертиз на этапе доследственной проверки в Бюро судебно-медицинской экспертизы вместо назначения служебного расследования в органы управления здравоохранением для установления медицинской сущности происшедшего – чего ранее было вполне достаточно для поиска оснований к возбуждению уголовного дела или к отказу от него;
- ✓ постоянно растущей правовой активностью населения, ориентируемого СМИ и другими средствами пропаганды на восстановление нарушенных прав непременно с помощью СУСК РФ или органов прокуратуры;
- ✓ отказом органов управления здравоохранением от ведения служебных проверок в подобных случаях с направлением следователя в Бюро судебно-медицинской экспертизы. Такая линия работы управленческих структур выглядит порочной, так как они утрачивают при этом контроль над наиболее опасными по последствиям конфликтами и сами лишают себя возможности проанализировать инцидент с целью построения защиты.

Такой путь организации доследственной проверки выглядит тупиковым ввиду того, что назначение экспертизы на этапе проверки уже привело к формированию порочного круга: рост объема и количества первичных экспертиз влечёт снижение их качества и увеличение сроков, что вызывает недоверие следствия и участников уголовного процесса, а это оборачивается ростом повторных и дополнительных экспертиз. В итоге легко возникла и всё рельефнее ощущается проблема, которой раньше не суще-

ствовало: и СУСК РФ, и многие Бюро судебно-медицинской экспертизы завалены и уголовными делами, и материалами проверок по жалобам пациентов.

Повторно предлагаем руководству отдела криминалистики СУСК РФ несложный выход из непростой ситуации. Разрешению проблем, возникающих при реализации последней поправки к ст.144 УПК РФ могло бы способствовать разъяснение СК РФ о правоприменении следователями

этого процессуального положения: его целесообразно и эффективно применять при всех видах судебно-медицинских экспертиз, где объекты подвергаются быстрому изменению (труп, вещественные доказательства биологического происхождения), и нецелесообразно использовать при экспертизах по материалам дел, где состояние изучаемых объектов надежно зафиксировано и не изменяется. Рост числа повторных экспертиз и объема разрешаемых при них вопросов напрямую связан с ростом объема первичных экспертиз и падением их качества ввиду недостаточности предоставленных материалов, которые и не могут быть собраны следователем в полном объеме на этапе проверки. К сожалению, далеко не все эксперты и руководители Бюро могут противопоставить активности следователя право своего отказа от экспертизы из-за недостаточности материалов, предоставленное ст. 57 УПК РФ.

Рост числа повторных экспертиз в последние годы связан также ещё с двумя дефектами в работе следствия и судов, носящими системный методический характер.

1. Отсутствие (или нежелание) установить и придерживаться унифицированной методики оценки экспертных заключений следователем (судом). Мы имеем в виду:

- ✓ отсутствие чётких оценочных критериев, позволяющих считать заключение эксперта дефектным и недопустимым;
- ✓ отсутствие положения о том, обладает ли повторная комиссионная экспертиза преимуществом и приоритетом по сравнению с первичным заключением, которое признано дефектным;
- ✓ следует ли назначать повторную экспертизу после повторной, противоречащей первичному заключению, признанному дефектным;

- ✓ учитывая, что в ряде несущественных деталей повторные заключения могут различаться, сколь долгим может быть этот ряд повторных экспертиз.

Очевидно, что рост степени нерешительности, безответственности следователя (судьи) приближает этот ряд повторных экспертиз к бесконечности. При этом качество экспертиз может быть вполне достаточным для принятия обоснованного решения. К примеру, после категоричного установления причины смерти, тяжести вреда здоровью и прямой причинной связи между тяжким вредом здоровью и смертью суд настойчиво пытался выяснить путём допроса эксперта вопрос: правомерно ли применение в данной ситуации положений ст.111(ч.4) УК РФ? Суду не было понятно, опасно ли причиненное повреждение для жизни. Для последнего десятилетия характерно, что следователь и судья требует от эксперта разрешить все возникающие при расследовании вопросы, в том числе, и правовые.

2. Назначение повторной экспертизы не в строгом соответствии с основаниями, предусмотренными законом (ст.ст.204, 207, 283 УПК РФ и соответствующие статьи ГПК РФ), а по «социальным» показаниям: в связи с жалобами потерпевших, немотивированным несогласием сторон, защитников и т.п. с заключением экспертов.

В отдельных случаях, назначая повторную экспертизу, судья не скрывает, что он это делает «из желания подстраховаться». Любой из экспертов и руководителей Бюро судебно-медицинской экспертизы, кто начинал свою профессиональную деятельность более 20 лет назад будет солидарен с нами в том, что случаи произвольного волевого назначения повторной экспертизы, без учёта положений процессуального законодательства, «по хотению» одной из сторон, из боязни появления новых жалоб – стали массовыми. И вновь подчёркиваем: высокое качество всех назначенных повторных и первичных экспертиз при этом, как правило, не вызывает сомнений, но не имеет значения.

Описанные проблемы в организации комиссионных экспертиз усугубляются целым спектром сложностей в связи с привлечением врачей-клиницистов в состав экспертной комиссии.

По закону обязанность по формированию комиссии лежит, в первую очередь, на лице, назначившем экспертизу. Однако право-

охранители легко перекладывают эту свою обязанность на плечи организаторов здравоохранения: многие руководители органов управления здравоохранением получают десятки писем из иных субъектов РФ с просьбой «выделить или подобрать из числа медицинского персонала» специалиста в области офтальмологии, урологии, детской онкологии и т.п. Орган управления здравоохранением, как правило, в поиске специалистов отказывает, так как реально не может исполнить эти запросы правоохранителей. Таким образом, и у государственной судебно-медицинской службы, и у «независимых» экспертных структур, и у правоохранителей существует общая проблема в виде недостатка подготовленных компетентных консультантов.

Рассмотрим, какая из экспертных и правоохранительных структур имеет возможность эффективнее разрешить эту проблему.

Для привлечения консультантов в состав экспертной комиссии существует 3 возможных пути:

- ✓ заинтересовать привлекаемых врачей материально;
- ✓ заинтересовать привлекаемых врачей морально; например, предлагая им поработать с энтузиазмом во имя идеалов справедливости и медицины;
- ✓ ввести их в состав комиссии в принудительном порядке.

Кроме сложностей по привлечению специалистов, для формирования компетентной и независимой в суждениях комиссии необходимо учесть ещё два критерия:

1. Необходимо обеспечить участие специалиста, компетентного во всех отношениях – и в представляемой им клинической специальности, и в области смежных вопросов медицинского права, и в области коммуникации – для достойного представления своего мнения в суде и общения с участниками заседания.

2. Необходимо обеспечить процессуальную безупречность привлекаемых в комиссию специалистов. В частности, знать и исключить основания для отвода экспертов и по существу их возможной заинтересованности, и по формальным основаниям. К примеру, одна из проведенных в Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области повторных экспертиз была назначена в связи с тем, что в первичной комиссии участвовал

специалист, за много лет до этого работавший в клинике, являвшейся ответчиком по делу. Суд счёл это основанием для отвода, а заключение комиссии признал недопустимым доказательством.

Каковы же пути преодоления описанных сложностей формирования экспертной комиссии?

Наш опыт позволяет утверждать, что единственным способом привлечения компетентного специалиста является создание условий для его материальной заинтересованности. Причём оплата его труда должна быть выше уровня оплаты по основному месту работы в силу уникальности исполняемой работы, и ввиду высокой ответственности за её результат. Учитывая мощность общественного резонанса вокруг проблемы экспертной оценки медицинской помощи, в каждом субъекте РФ могут быть найдены сравнительно небольшие средства для достойного финансирования труда членов медицинских экспертных комиссий. Эти средства важны для организации первичных комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Учитывая растущую потребность правоохранительных органов в проведении повторных и дополнительных экспертиз, очевидную тенденцию к проведению экспертиз вне субъекта РФ, где имел место инцидент, реальный путь финансирования повторных экспертиз может быть следующим. Эти «перекрестные» экспертизы Бюро судебно-медицинской экспертизы для правоохранителей соседних субъектов РФ исполнять безвозмездно не сможет, так как оберегает свой и без того скудный бюджет. Поэтому финансирование их должно осуществляться из средств федерального бюджета, которыми должен располагать СК РФ. Мы готовы участвовать в расчете ежегодного объема этих средств и уверены, что он будет значительно ниже, чем, к примеру, объем оплаты, который СУСК РФ платит ежегодно за проведение строительных экспертиз. Разрешение этого вопроса на основании диалога с управлением криминалистики СК РФ, безусловно, позволит материально заинтересовать ряд ведущих Бюро судебно-медицинской экспертизы России, разгрузить отдел сложных экспертиз Российского Центра судебно-медицинской экспертизы и радикально сократить сроки экспертиз по «врачебным делам».

Моральную заинтересованность специалиста при этом также не следует игнорировать. Но считать ее ведущим мотивом для участия специалиста в комиссии, на наш взгляд, недальновидно. К примеру, в стране есть организации, которые рассчитывают организовать «независимую» экспертизу, привлекая специалистов на безвозмездной основе. В частности, это входит в планы Национальной Медицинской Палаты, которая уже сделала заявление о формировании реестра своих экспертов, работающих «по зову сердца». Не исключаем, что в порядке разовой акции участие специалиста-энтузиаста и возможно. Но если иметь в плане построение добротной системы экспертной оценки, то моральное поощрение специалиста не может быть фактором ведущим. Его можно иметь в виду как дополнение к оплате труда: например, в виде дополнительных баллов, начисляемых членам экспертных комиссий для последующей аккредитации.

Наконец, принудительный путь привлечения специалистов вряд ли может получить распространение, так как реальных способов для принуждения врача к эффективному участию в комиссии не усматривается. Случаи применения привода к специалисту, разумеется, не расцениваются нами как эффективное средство получения специальных познаний.

Изложенный обзор известных нам особенностей формирования экспертной комиссии убеждает в том, что это процесс, требующий опыта, знания процессуального законодательства и достаточной информированности о компетенции специалистов.

А теперь вернемся к тому, с чего мы начали обзор, – какая из ныне появившихся структур, претендующих на независимое и компетентное проведение сложной комиссионной экспертизы, действительно имеет для этого объективные основания. Лига защитников пациентов, или Национальная Медицинская Палата и другие общественные национальные объединения, или многочисленные «независимые» эксперты, добывающие свой хлеб в порядке частного предпринимательства? Вряд ли они могут справиться с этой поистине сложной работой, не имея достаточного опыта. Надеемся, что изложенные выше проблемы организации комиссионной экспертизы дают представление всем, кто стремится в эту сферу судебно-медицинской экспертизы, о необходимости опыта и специфических медико-правовых знаний.

Поэтому государственные судебно-медицинские учреждения по-прежнему компетентны наиболее квалифицированно давать экспертную оценку неблагоприятному исходу медицинской помощи. При этом мы не отрицаем, что методология и методика комиссионной судебно-медицинской экспертизы требуют постоянного анализа, корректировки – одновременно с развитием системы здравоохранения, совершенствованием медицинских технологий и нормативной правовой базы. Что касается отношений с иными экспертными структурами, то большинство присутствующих на нашей конференции руководителей и сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы придерживается следующих принципов.

Наблюдаемое в последние годы противостояние между государственной судебно-медицинской службой и структурами, претендующими на «независимую» экспертизу в сфере медицинских конфликтов, неконструктивно и ведет к потере доверия правоохранительных органов к экспертным организациям в целом.

Опыт государственных судебно-медицинских учреждений в области экспертизы при неблагоприятных исходах медицинской помощи значителен, является многолетним, отличается основательной методологией и совершенствуется в процессе научно-практической работы. Таким образом, судебно-медицинская служба имеет ряд значимых преимуществ в организации комиссионной судебно-медицинской экспертизы в связи с правонарушениями медицинского персонала.

Судебно-медицинская служба не скрывает и открыто публикует его. Но судебные медики так же, как следователи и судьи, не являются людьми публичными. Поэтому публикации эти существуют в специальных изданиях, не имеют рекламного характера и не преследуют популистских целей. За взвешенным представлением информации о медицинских конфликтах стоит серьёзный научно-практический анализ проблемы и стремление к совершенствованию модели комиссионной экспертизы, адекватной современному состоянию медицины и удовлетворяющей потребности современной судебно-следственной практики.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. 293 с.*
2. *Современный взгляд на проблему неблагоприятного исхода медицинской помощи: что наблюдаем и что тревожит [Ерофеев С.В.] || Научные труды V Всероссийского съезда (Национального Конгресса) по медицинскому праву | под ред. Ю.Д.Сергеева, С.В. Ерофеева. М.: НИМП, 2013. С. 83-87.*
3. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи || Медицинское право. 2014. №6. С. 3-9.*
4. *Национальная Медицинская Палата выступает за пересмотр системы защиты интересов врачей и пациентов в случаях некачественной медицинской помощи. Официальный сайт Национальной Медицинской Палаты России. URL: http:||www.nacmedpalata.ru| ?action= show&id=14543*

Об авторах

Ерофеев Сергей Владимирович – начальник ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», профессор, доктор медицинских наук, заслуженный работник здравоохранения РФ, Иваново.

Каменская Наталья Андреевна – доцент кафедры медицинского права Первого Медицинского Государственного Университета им.И.М. Сеченова, кандидат юридических наук, Москва.

Кукушкина Ирина Сергеевна – врач городской больницы №26 г. Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург.

Малахов Николай Владимирович – начальник ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, Ярославль.

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права Первого Медицинского Государственного Университета им.И.М. Сеченова, кандидат юридических наук, Москва.

Erofeev Sergey Vladimirovich – Chief of Bureau of Forensic Medicine of Ivanovo Region, professor, MD, Ivanovo.

Kamenskaya Natalia Andreevna – assistant professor Medical Law Departament, Sechenov Moscow State Medical Uneversity,PhD , Moscow;

Irina Sergeevna Kukushkina – doctor, City Hospital №26, Sankt-Petersburg;

Nikolay Vladimirovich Malakhov – Chief of Bureau of Forensic Medicine of Yaroslavl Region, PhD, Yaroslavl.

Yulia Vladimirovna Pavlova – assistant professor Medical Law Departament, First Sechenov Moscow State Medical Uneversity, PhD, Moscow.

Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Бугаев Д.А.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Экспертиза закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ), и сотрясения головного мозга в частности, является одной из наиболее частых и вместе с тем наиболее сложных среди других видов судебно-медицинских экспертиз. Сложности и особенности судебно-медицинской экспертизы сотрясения головного мозга заключаются в том, что в подавляющем большинстве случаев экспертам приходится составлять заключения на основе клинической симптоматики острого периода ЗЧМТ, которая известна только из медицинских документов (медицинские карты стационарного и амбулаторного больного). Кроме того, значительная условность в определении клинических границ легкой ЗЧМТ, и в частности сотрясения мозга, способствует неправильному определению клиницистами тяжести повреждения головного мозга, особенно в детском, пожилом и старческом возрасте. Нельзя также упускать из вида и то важное обстоятельство, что около одной трети больных получают ЗЧМТ в состоянии алкогольного опьянения, и тогда диагностические ошибки достигают 50 % и выше.

Ключевые слова: *экспертная оценка; судебно-медицинская экспертиза, черепно-мозговая травма.*

Yerofeyev S.V., Shishkin Y.Y., Bugaev D.A.

LEGAL ASPECTS OF THE SYSTEM OF INTERNAL CONTROL QUALITY AND SAFETY OF CARE WITH THE JURISPRUDENCE

Examination of closed craniocerebral trauma (TBI), and concussion in particular, is one of the most common and yet most complex among other types of forensic examinations. Complexity and features forensics concussion lies in the fact that in most cases the experts have to make findings on the basis of clinical symptoms of acute period of TBI, which is known only from the medical records (medical records of inpatients and outpatients). In addition, a large convention in defining the boundaries of clinical minor head injury and concussion in particular, contributes to the incorrect determination of clinicians severity of brain damage, especially in children, elderly and senile age. Nor can we lose sight of, and the important fact that about one third of patients with TBI get drunk, and then diagnostic errors up to 50% and above.

Keywords: *expert evaluation; forensics, traumatic brain injury.*

Среди механических повреждений мирного времени черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает ведущее место. Она характеризуется большим разнообразием клинико-морфологических

проявлений, сложностью диагностики и высокими показателями смертности, а неуклонный рост ЧМТ и тяжесть последствий придают этой проблеме важное медицинское и большое социальное значение (Ормаитаев К. С., 1982; Ромоданов А. П. и др., 1982; Зотов Ю. В., Щедренок В. В., 1984; Гельфанд В. Б. и др., 1985, Корниенко В. Н. и др., 1987; Корнилов В. А. и др., 1987; Adams J. П. et al., 1986; Graham D. I. et al., 1989). Этими обстоятельствами объясняется большое внимание со стороны клиницистов и патологов к изучению различных аспектов травмы черепа и головного мозга. (Патоморфология и экспертная оценка повреждений головного мозга при черепно-мозговой травме. Пашинян Г. А.)

До настоящего времени нет единого клинико-экспертного обследования сотрясения и ушиба головного мозга. Многие клиницисты ушиб головного мозга подразделяют, в зависимости от клинической картины, на легкую, среднюю и тяжелую степень, в то время как сотрясение рассматривают обобщенно, без подразделения на степени. Такой же точки зрения придерживается большинство судебных медиков.

Унификация диагноза сотрясения и ушиба головного мозга важна не только для клиницистов, но и для судебных медиков. В противном случае одно и то же состояние может быть расценено и как сотрясение, и как ушиб головного мозга в зависимости от того, какой точки зрения придерживается тот или иной специалист.

Данные собственных исследований

Было проанализированы акты судебно-медицинского освидетельствования потерпевших за январь-июнь 2014 года – 1500 потерпевших, из которых у 141 потерпевшего (9%) клинический диагноз «Черепно-мозговая травма». У 119 (84%) диагноз «Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга». У 22 (16%) – «Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга». Из 141 потерпевшего у 95 (67%) отменили диагноз, у 46 (33%) подтвержден.

Кроме того, 28 из 141 потерпевших (20%) не имели неврологической симптоматики – диагноз выставлен, исходя из факты травмы.

Выводы

После анализа данных отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц ОБУЗ «БСМЭИО» можно сделать следующие выводы:

1. Большое количество потерпевших приходят в Бюро СМЭ с диагнозом «сотрясение головного мозга» – 84%. И 16% – потерпевшие с ушибом головного мозга.
2. Допускаются грубые ошибки в диагностике и обследовании пациентов, а именно:

✓ постановка диагноза только по жалобам или факту травмы;
✓ неполное обследование;
✓ отсутствие наблюдения в острый период заболевания;
✓ отсутствие наблюдения в динамике;
✓ отсутствие данных о состоянии ЦНС в дотравматический период.

3. Неверная дифференциальная диагностика СГМ с заболеваниями, имеющие схожие симптомы.
4. Обследование больного всегда расходится с диагностикой пациентов по литературным данным.

Практические рекомендации

Экспертиза базируется на объективных данных, полученных при осмотре обследуемого и изучении подлинников медицинской документации (медицинские карты стационарного больного, медицинские карты амбулаторного больного). При заочной экспертизе основанием для заключения являются данные подлинных медицинских документов, содержащие исчерпывающие сведения о повреждениях и их клинических проявлениях, лабораторных исследованиях, отражающих течение посттравматического периода и функциональное состояние ЦНС на день окончания лечения. Исходя из этого, врач обязан тщательно собрать анамнез и подробно провести обследование пострадавшего, а также записать результаты в историю болезни.

В подавляющем числе актов клинический диагноз отменялся экспертизой из-за отсутствия наблюдения за больным в острый период и в динамике. Врач должен ежедневно в течение1-2 недель осматривать пациента с целью регистрации регресса неврологической симптоматики. Результаты динамического наблюдения

должны быть зафиксированы в истории болезни или амбулаторной карте.

Дополняя пункт 2, необходимо отметить, что больные с диагнозом «сотрясение головного мозга» чаще всего обращаются в травмпункт, который впоследствии направляет их в поликлинику по месту жительства. Необходимо объяснять и призывать пациентов ходить на ежедневные осмотры невролога.

Судебно-медицинские эксперты отменяют диагнозы в связи с отсутствием данных о состоянии ЦНС в дотравматический период. Следовательно врачи первичного звена и стационара должны объяснять пациенту о важности профилактических осмотров.

Высокий процент постановки диагноза «ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга» только исходя из факта травмы. Нет симптомов – нет ЗЧМТ.

Список литературы

1. *Неврология и нейрохирургия [Гусев Е.И. и др.]. Москва: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 420 с.*
2. *Смычек В.Б. Пономарева Е.Н.. Черепно-мозговая травма (Клиника, лечение, экспертиза, реабилитация). Минск: НИИ МЭ и Р, 2010. 430 с.*
3. *Литвак А.С. Методические рекомендации к трактовке и экспертной оценке клинического диагноза сотрясения и ушиба ГМ. 1976.*
4. *Клиническая классификация последствий черепно-мозговой травмы [Лихтерман Л.Б. и др.] || Классификация черепно-мозговой травмы. М., 1992. С. 102-121.*
5. *Пашинян Г.А., Касумова С.Ю., Ромодановский П.О. Судебно-медицинские аспекты классификации черепно-мозговой травмы || Классификация черепно-мозговой травмы. М., 1992. С. 149-152.*
6. *Ромодановский П.О. Патоморфология и экспертная оценка повреждений головного мозга при черепно-мозговой травме. Ижевск: Экспертиза, 1994. 134 с.*
7. *Сотрясение головного мозга [Саркисян Б.А. и др.]. Новосибирск: Наука, 2000. 61 с.*

Об авторах

Ерофеев Сергей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, начальник ОБУЗ БСМЭ ИО, заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения Ивановской государственной медицинской академии, Иваново.

Шишкин Юрий Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины и правоведения, Иваново.

Бугаев Дмитрий Александрович – студент 6 курса лечебного факультета Ивановской государственной медицинской академии, Иваново.

Erofeev Sergey Vladimirovich – doctor of medical Sciences, Professor, Ivanovo.

Shishkin Yuri Yurievich – doctor of medical sciences, Professor of the Department of forensic medicine and jurisprudence, Ivanovo.

Bugaev Dmitry – 6th year student of the Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo.

Ерофеев С. В., Шишкин Ю. Ю., Потанькина Т. В.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В АНАЛИЗЕ СЛУЧАЕВ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Представлены пути применения компьютерных технологий для улучшения качества проведения судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи, с целью повышения их достоверности и доказательности.

Ключевые слова: *ненадлежащее оказание медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза; компьютерная диагностика, цифровые изображения, базы данных.*

Erofeev S. V., Shishkin Y. Y., Potankina T. V.

THE ROLE OF DIGITAL COMPUTER TECHNOLOGY IN THE ASSESSMENT OF CASES OF IMPROPER MEDICAL CARE

The article describes ways of quality improving of forensic medical examinations associated with defects of health care, with the aim of increasing credibility and evidence of those examinations, in consideration of improvements in computer technology.

Keywords: *inadequate provision of medical care, forensic examination, computer diagnostics, digital imaging, database.*

Судебно-медицинская экспертиза по дефектам оказания медицинской помощи является одной из самых сложных в комиссионных отделах судебно-медицинских экспертиз, что, как считает Н. Н. Эргард [1], связано не только с определением своевременности и полноты оказания медицинской помощи, но и с уровнем квалификации привлекаемых судебно-медицинских экспертов и врачей-специалистов из разных областей медицины.

В настоящее время выявление лечебно-диагностических ошибок при оказании медицинской помощи не потеряло своей актуальности. По многолетним наблюдениям В. А. Клевно и С. А. Кучука [2], при судебно-медицинском исследовании трупов в Бюро СМЭ количество случаев лиц, умерших в медицинских организациях, варьирует в пределах 6-10 % от общего количества исследованных трупов, из которых в 2014г. процент расхождений

клинического и судебно-медицинского диагнозов составил 25,4, т.е. каждый четвертый умерший в стационаре, направленный на судебно-медицинскую экспертизу.

Максимов А. Л. [3] изучив структуру и причины дефектов оказания медицинской помощи и ведение медицинской документации, отметил, что дефекты ведения медицинских карт стационарного больного встречаются во всех разделах документов. Дефекты диагностики концентрируются в недостаточном инструментальном исследовании, неправильной трактовке данных дополнительных методов исследования и отсутствием повторных инструментальных исследований. Из дефектов лечебного процесса автор выделил не проведение, неполный объем и несвоевременное проведение операционного вмешательства, а также недифференцированное или недостаточное проведение этиопатогенетической терапии.

При расследовании случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, перед исследователями неизбежно возникает ряд вопросов, успешно разрешить которые возможно при использовании компьютерных систем. Это вопросы связаны с документированием этапов выполнения медицинских манипуляций, установлением причинно-следственных связей, прогнозированием исхода оказания медицинской помощи при различных условиях и др. Как для клинической, так и для прозекторской практики современные компьютерные технологии представляют три основных направления их применения: 1) сбор, хранение, статистическая обработка медицинской информации; 2) манипуляции сложными графическими образами; 3) цифровой анализ числовых значений элементов изображений.

С помощью пакета программ «Medi», разработанного в Ивановском областном Бюро СМЭ, в отделах особо сложных комиссионных экспертиз ряда судебно-медицинских учреждений постоянному анализу подвергается весьма важный для ЛПУ и органов управления здравоохранением потенциал – совокупность данных из материалов экспертиз, связанных с оценкой неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи. Этот пакет прошел успешную апробацию на материалах экспертиз, проведенных в ряде субъектов РФ Центрального Федерального окру-

га и используется в Бюро СМЭ Пермской, Тульской, Калужской, Архангельской и других областей.

В использовании графических возможностей мы выделили следующие основные направления: 1) создание архивов цифровых фотографий, иллюстрирующих факт проведенной медицинской манипуляции; 2) компьютерный математический анализ полученных цифровых фотографий; 3) создание трехмерных графических моделей, иллюстрирующих дефекты, выявленные при экспертизе.

Совершенствование компьютерных технологий и применение цифровой фотографии позволили нам детально регистрировать макроскопическую картину как при экспертизе живых лиц, так и при судебно-медицинском исследовании трупа. Целью наших исследований было не только развитие процесса иллюстрирования заключений, но и глубокий математический анализ цифровых изображений для создания системы автоматизированной судебно-медицинской диагностики. Зрительная оценка цифровой фотографии или непосредственной морфологической картины имеет высокую долю субъективности. Применение компьютерного анализа числовых значений элементов изображений позволяет достигнуть высокого уровня объективности в морфологической диагностике.

Была разработана методика съемки объекта, обеспечивающая получение формализованного изображения, с последующим изучением информативных элементов изображения, которые могут явиться критериями для автоматизированной диагностики повреждений и заболеваний.

Обработка изображений, полученных с применением цифровой техники, осуществлялась как с использованием современных графических редакторов (CorelDraw, Photoshop и т.д.), так и с применением оригинальных программных средств – на основе включения математических и графических функций, позволяющих изменять изображения. Систематизация материала и необходимость статистической обработки полученных данных потребовали создания электронной базы для регистрации изображений с применением современных методик по цифровой обработке и архивации графических файлов. Одним из практических воплощений разработанной методики явилось создание программной компьютерной системы, позволяющей получать изображения поверхности кожи, формализовать их и формировать электронную базу изображений. Данная система (помимо аппаратной части) реализована в виде программы «Tan_imag» . При изучении формализованных изображений было установлено, что цифровые значения элементов изображений несут в себе объективную информацию о различных морфологических проявлениях, как заболеваний, так и повреждений. Создана компьютерная программа «Stat_pix», позволяющая произвести регистрацию изменений значений пиксельного состава изображений при различных морфологических проявлениях заболеваний и повреждений с возможностью их статистической обработки.

При соблюдении указанных принципов с высокой степенью достоверности при исследовании цифровых фотографий можно установить вид повреждения, механизм образования, давность, диагностировать кожные проявления различных заболеваний, по морфологической картине внутренних органов судить о проявлениях соматических заболеваний. Ряд наблюдений показал, что визуальная диагностика по изображению оказывается достовернее и точнее, чем визуальная оценка подлинного повреждения или патологического проявления на коже. Это было обусловлено уникальными возможностями компьютерной обработки изображений: увеличением деталей повреждения, не различимых при осмотре трупа или больного; произвольным контрастированием информативных участков в области повреждения или элементов кожного проявления при заболеваниях; возможностью коррегировать цветопередачу, что обеспечивало стандартизацию всех изображений по цвету и делало их объективно сравнимыми между собой.

Сравнительный анализ аппаратных средств показал, что применение цифровых фотокамер даёт возможность увеличивать объект более чем в 10 раз без ухудшения качества снимка и без искажений, что переводит процесс исследования на уровень стереомикроскопии. В ряде случаев это позволило отказаться от работы со стереомикроскопом и в то же время надёжно и с высоким качеством фиксировать важнейшие свойства объекта на электронном носителе.

Разработанная методика получения стандартных видео- и фотокопий повреждений и морфологической картины заболеваний, а также методы сохранения, систематизации и обработки цифровых изображений, применяемые в отделах экспертизы трупов, медицинской криминалистики и экспертизы потерпевших позволяют перевести процесс судебно-медицинской диагностики на качественно новый уровень. Предлагаемые методы дают возможность выявить скрытые и малозаметные повреждения, либо их особенности; проводить компьютерное фотосовмещение повреждений и травмирующих орудий; исследовать повреждения, основываясь на объективных данных цифрового анализа, что резко повышает доказательность, наглядность и иллюстративность экспертиз. Использование разработанных методик в диагностике кожных заболеваний с учётом клинических проявлений значительно расширяет возможности визуального компонента диагностики, изучения динамики патологических изменений в связи с влиянием лечебных и реабилитационных мероприятий, обеспечивает создание практически неограниченного и компактного видео- и фотоархива.

Применение цифровых технологий призвано не только для выявления дефектов, допущенных в ходе оказания лечебных и диагностических мероприятий, но и для исключения необоснованных претензий к медицинским работникам. Сохранение информации об объекте судебно-медицинского, патологоанатомического или клинического исследования в электронном виде с использованием современных цифровых технологий, применение компьютерных систем создания и анализа баз данных представляют уникальные возможности для высококачественного архивирования, обработки и демонстрации материала, что обеспечит процессу диагностики случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи высокий уровень достоверности и доказательности.

Список литературы:

1. *Эргард Н. Н. Пути улучшения качества судебно-медицинских экспертиз по дефектам оказания медицинской помощи согласно нового УПК Украины || Судебная медицина. 2015. № 2. С. 30-31.*

2. *Клевно В. А., Кучук С. А. Сопоставление судебно-медицинского и клинического диагнозов – инструмент повышения качества медицинской помощи || Судебная медицина. 2015. № 2. С. 22-24.*
3. *Максимов А. В. Дефекты оказания медицинской помощи, выявленные при проведении судебно-медицинских экспертиз умерших в стационарах медицинских организаций || Судебная медицина. 2015. № 2. С. 24-25.*

Об авторах

Ерофеев Сергей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, начальник ОБУЗ БСМЭ ИО, заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения Ивановской государственной медицинской академии, Иваново

Шишкин Юрий Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины и правоведения, Иваново

Потанькина Татьяна Валерьевна – студентка IV курса лечебного факультета ГБОУ ВПО Ивановской государственной медицинской академии МЗ России, Иваново

Erofeev Sergey Vladimirovich – doctor of medical Sciences, Professor, Ivanovo.

Shishkin Yuri Yurievich – doctor of medical sciences, Professor of the Department of forensic medicine and jurisprudence, Ivanovo.

Potankina Tatyana Valerievna – a fourth-year student of medical faculty of Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo

Кирова Т. А.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ ПРАВА ЗАНИМАТЬСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Статья посвящена анализу механизма исполнения наказания в виде лишения права заниматься медицинской деятельностью с целью выявления проблемных моментов и противоречий в законодательном регулировании данного вида наказания

Ключевые слова: *наказание, лишение права заниматься медицинской деятельностью, допуск к профессии, сертификат специалиста*

Kirova T. A.

FOR QUESTIONS ABOUT THE EFFECTIVENESS OF THE PENALTY OF DISQUALIFICATION FROM THE PRACTICE OF MEDICAL ACTIVITIES

The article analyzes the mechanism of the penalty of deprivation of the right to engage in medical practice in order to identify problematic issues and contradictions in the legislative regulation of this type of punishment

Keywords: *punishment, deprivation of the right to engage in medical practice, access to the profession, certificate*

Статья 43 Уголовного кодекса РФ провозглашает в числе целей наказания предупреждение преступлений как со стороны неограниченного круга лиц (общее предупреждение), так и со стороны осужденного (специальное предупреждение) [1]. Как справедливо отмечает В. Н. Воронин, наказание далеко не всегда достигает своих целей, однако способствовать их достижению может именно такая мера наказания, которая назначена в соответствии с принципами индивидуализации и справедливости [2].

В последнее время в средствах массовой информации широко освещаются случаи осуждения медицинских работников за преступления в сфере их профессиональной деятельности [3]. Анализ судебной практики показывает, что в преобладающем большинстве случаев в качестве дополнительного наказания назначается лишение права заниматься медицинской деятельностью. Логично предположить, что назначение данного вида наказания предполагает дополнительное воздействие на осужденного, поскольку именно сфера профессиональной деятельности лица выступает в качестве условия совершения им преступления. Однако механизм исполнения данного наказания вызывает большие сомнения в его эффективности и достижении целей, обозначенных в ч. 2 ст. 43 УК РФ.

Согласно ст. 33 Уголовно-исполнительного кодекса РФ, уголовно-исполнительные инспекции ведут учет осужденных; контролируют соблюдение осужденными предусмотренного приговором суда запрета заниматься определенной деятельностью; проверяют исполнение требований приговора администрацией организаций, в которых работают осужденные, а также органами, правомочными аннулировать разрешение на занятие определенной деятельностью, запрещенной осужденным; администрация учреждения, в котором отбывает основной вид наказания лицо, осужденное также к дополнительному наказанию в виде лишения права заниматься определенной деятельностью, не может привлекать осужденного к работам, выполнение которых ему запрещено [4]. Применительно к запрету заниматься именно медицинской деятельностью для уточнения процедуры его исполнения целесообразно обратиться к здравоохранительному законодательству, регламентирующему порядок допуска медицинских работников к профессии.

Согласно ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. № 5487-1 [5] (данная норма действует до 01 января 2016 г. – ст. 101 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6]), а также Приказа Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» [7], право на занятие медицинской деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Диплом об образовании подтверждает уровень профессионального образования и квалификацию, указанные в нем, выдается лицам, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, дает их обладателям право заниматься определенной профессиональной деятельностью, в том числе занимать должности, для которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке определены обязательные требования к уровню профессионального образования и (или) квалификации [8]. Следовательно, возможность аннулирования диплома об образовании возможна исключительно тогда, когда он получен с нарушением закона. Если лицо действительно успешно освоило соответствующую образовательную программу и прошло итоговую государственную аттестацию, отозвать или аннулировать его диплом невозможно.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» [9] уточняет, что сертификат специалиста выдается лицам, получившим высшее или среднее медицинское образование как в России, так и в иностранных государствах, сдавшим сертификационный экзамен. Однако ни законодательство, ни подзаконные акты Минздрава не предусматривают возможности отзыва или аннулирования сертификата, полученного медицинским работником на законных основаниях. В связи с этим, исключается возможность применения в отношении медицинских работников правил ст. 35 УИК РФ, устанавливающих, что требования приговора о лишении права заниматься определенной деятельностью обязательны для органов, правомочных аннулировать разрешение на занятие

соответствующей деятельностью, поскольку таких органов попросту не существует.

Таким образом, возникает парадоксальная ситуация. Будучи осужденным к лишению права заниматься медицинской деятельностью, лицо не имеет права продолжать осуществлять свои профессиональные обязанности. И если осужденный к моменту назначения данного наказания занимается профессиональной медицинской деятельностью, то в отношении него начинает действовать механизм, предусмотренный уголовно-исполнительным и трудовым законодательством: уголовно-исполнительная инспекция передает информацию работодателю осужденного, на основании чего с ним прекращаются трудовые отношения.

Однако действующее законодательство не предусматривает обязанности лица, претендующего на должность медицинского работника, предоставлять справку об отсутствии судимости (за исключением лиц, работающих в медицинских организациях, оказывающим медицинские услуги детям). Следовательно, при приеме на работу работодатель не может быть достоверно осведомлен об отсутствии у будущего работника запрета на занятие медицинской деятельности.

Кроме того, аннулировать диплом об образовании или сертификат специалиста у осужденного, получившего данные документы на законных основаниях, только в связи с фактом назначения ему рассматриваемого наказания так же не представляется возможным.

Из вышеизложенного следует, что эффективность реализации наказания в виде лишения права заниматься медицинской деятельностью неоспорима только в тех случаях, когда осужденный является действующим медицинским работником и подлежит увольнению в связи с назначенным наказанием. Однако действующее законодательство практически не содержит препятствий для занятия лицом запрещенной деятельностью в будущем. Соответственно, единственная возможность предотвратить это – неуклонный контроль со стороны уголовно-исполнительной инспекции за исполнением осужденным своих обязанностей исполнять требования приговора, представлять по требованию

уголовно-исполнительной инспекции документы, связанные с отбыванием указанного наказания, сообщать в уголовно-исполнительную инспекцию о месте работы, его изменении или об увольнении с работы.

Список литературы:

1. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 23.05.2015) || Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954.*
2. *Воронин В. Н. Разграничение принципов справедливости и индивидуализации при назначении наказания и их влияние на качество уголовного закона || Вестник Пермского университета. Серия: Юридические науки. 2014. Вып. 3 (25). С. 169-179.*
3. *См., например: Акушер в Выксе Нижегородской области за причинение роженице смерти по неосторожности лишен права заниматься врачебной деятельностью на три года || НИА «Нижний Новгород»: http: || www. niann. ru| ?id=468022 (дата обращения: 01. 06. 2015); В Прикамье осудили врача, выдававшего «липовые» больничные листы || Современный портал Перми от 09. 04. 2015 http: || properm. ru| health| news| 97920| ?utm_source=teron&utm_medium=informer&utm_campaign=main_informer (дата обращения: 01.06.2015)*
4. *Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 № 1-ФЗ (ред. от 20.04.2015) || Российская газета. № 9. 16.01.1997.*
5. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 07.12.2011) || Российские вести. № 174. 09.09.1993 (документ утратил силу)*
6. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06. 04. 2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.05.2015) || Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.*
7. *Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 № 18247) || Российская газета. № 217. 27.09.2010*
8. *Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 31.12.2014, с изм. от 02.05.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.03.2015) || Официальный интернет-портал правовой информации http: || www. pravo. gov. ru, 30.12.2012.*
9. *Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста: Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н (ред. от 23.10.2014) (Зарегистрировано в Минюсте России 29.03.2013 № 27918) || Российская газета. № 80. 12.04.2013.*

Об авторе

Кирова Татьяна Александровна – ассистент кафедры уголовного права и прокурорского надзора Пермского государственного национального исследовательского университета, г. Пермь.

Kirova Tatiana Aleksandrovna – assistant of the Department of criminal law and prosecutorial supervision Perm State National Research University, Perm.

Князев Е. Г., Таевский А. Б.

ЭКСПЕРТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОБЛЕМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Статья посвящена анализу проблем государственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на уровне медицинской организации, с учётом актуального законодательства.

Ключевые слова: *эксперт качества медицинской помощи, государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, законодательство.*

Knyazev E. G., Tayevsky A. B.

EXPERT OF QUALITY OF MEDICAL CARE: RESPONSIBILITY PROBLEM

This Article is devoted to the analysis of problems of the state and internal quality control and safety of medical activity at the level of the medical organization, taking into account the actual legislation.

Keywords: *expert of quality of medical care, state quality control and safety of medical activity, system of internal quality control and safety of medical care, legislation.*

Федеральная нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность в сфере здравоохранения, определяет необходимость проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – государственный контроль) и предписывает каждой медицинской организации осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) вне зависимости от ее организационно-правовой формы, структуры, мощности и иных характеристик.

В соответствии со статьей 64 ФЗ № 323, экспертиза качества медицинской помощи проводится для выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе для оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Вопрос: кто должен проводить экспертизу, как и на каких основаниях?

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Не так давно (в 2014 году) Федеральная антимонопольная служба России по результатам проверки системы государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности сделала вывод о том, что страховые компании, работающие в системе ОМС, и Росдравнадзор проводят экспертизу качества медицинской помощи незаконно.

Если медицинская помощь оказана вне рамок обязательного медицинского страхования (ОМС), то экспертизу качества медицинской помощи необходимо проводить в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Однако этот порядок Минздрав России не установил.

В рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) экспертизу вправе проводить только страховые медицинские организации и фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с законом об ОМС. А поскольку экспертиза качества медицинской помощи относится к работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, она подлежит лицензированию. Ни СМО, ни фонды ОМС не имеют соответствующих лицензий на медицинскую деятельность, а также не требуют наличия таких лицензий у экспертов, привлекаемых к проведению экспертизы качества медицинской помощи. Следовательно, экспертиза, которую они проводят, незаконна.

Считается, что контроль со стороны страховых компаний необходим для защиты прав застрахованных на получение бесплатной медпомощи надлежащего качества в лечебных учреждениях, участвующих в реализации территориальных программ ОМС, и для предупреждения дефектов медицинской помощи, которые могут проявиться из-за несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного пациента, невыполнения или неправильного выполнения порядков или стандартов медицинской помощи.

Но законодательных понятий «медицинская помощь надлежащего качества» и «дефект медицинской помощи», характеризующих

качество медицинской помощи, не существует. А порядки и стандарты медицинской помощи не являются инструментом контроля качества медицинской помощи, поскольку критерии – это своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения и достигнутый положительный результат.

В соответствии с законом, программы ОМС (как базовая, так и территориальные) содержат критерии качества, но они носят общий характер и трудно применимы для определения качества оказания медицинской помощи как в конкретной клинике, у конкретного врача, так и конкретному пациенту. Это, скорее, статистические данные, применяемые для оценки эффективности реализации программы госгарантий и составления аналитических отчетов. Они никак не являются прямыми индикаторами качества медицинской помощи, оказанной пациенту, по результатам проверки которых контрольный орган может выдать соответствующий акт реагирования конкретной клинике или конкретному врачу.

Например, такой критерий, как удовлетворенность населения медицинской помощью, определяемый с помощью анкетирования (опроса), будет напрямую зависеть от перечня вопросов и вариантов ответов и организации самого процесса анкетирования; критерии «смертности населения» ставят качество в обратную зависимость от количества смертей, однако смертность не всегда связана именно с некачественным оказанием медицинской помощи врачом, а может являться следствием иных причин: поздним обращением пациента за медицинской помощью, наличием у пациента патологий, не связанных напрямую с основным заболеванием, отказом пациента выполнять соответствующие назначения врача и т.д.

К тому же «экспертизу качества медицинской помощи» зачастую проводят обычные практикующие врачи, не имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности по «экспертизе качества», выдавая «экспертные заключения» на случаи оказания медицинской помощи любого профиля вне зависимости от своей специальности (не может эксперт со специальностью «гастроэнтеролог» выдавать экспертное заключение на случаи оказания медицинской помощи гинекологического профиля).

Из-за неурегулированности понятия «качество медицинской помощи» оно трактуется вольно пациентами, СМО, ТФОМСами, контролирующими организациями, включая Росздравнадзор, и самими медицинскими организациями в своих интересах.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

В целях осуществления внутреннего контроля, медицинская организация должна проводить экспертизу качества и безопасности медицинской помощи. Это естественно, без нее контроль немыслим.

Ответственность за качество и безопасность медицинской деятельности организации несет ее руководитель. Он же отвечает за организацию внутреннего контроля и контроль его обеспечения. Локальными нормативными актами он может делегировать полномочия по обеспечению внутреннего контроля, включая его организацию и проведение. Распределяются как ответственность за организацию всей или отдельных разделов этой работы, в соответствии со структурой управления организацией и принятой моделью внутреннего контроля, так и непосредственное осуществление контрольных мероприятий, основу которых составляет экспертиза.

Экспертизу должны проводить различные должностные лица медицинской организации. Из известных нормативных актов Минздрава России следует, что экспертиза случаев оказания медицинской помощи, подлежащих обязательному контролю, должна проводиться врачебной комиссией медицинской организации. На регулярной основе проводят экспертизу ответственные за обеспечение внутреннего контроля – по всей организации, а руководители структурных, функциональных подразделений и служб (при их наличии) – по своим подразделениям. Это распределение экспертных функций соответствует классической трехуровневой модели внутреннего контроля.

В то же время, конкретное содержание экспертной работы в медицинской организации на федеральном уровне не описано. Административные регламенты и порядки проведения внешнего контроля (ведомственного, государственного, вневедомственного, «независимого») эксперту медицинской организации сущест-

венно помочь не могут, так как перед экспертами каждой из этих внешних форм контроля стоят свои специфические задачи. Соответственно, и акценты расставлены в них не так, как это нужно организации в целях управления. Они регламентируют контроль исполнения медицинской организацией отдельных требований, установленных к обеспечению качества и безопасности, либо облегчают внешним органам и организациям достижение их собственных целей, но не обеспечивают качества и безопасности медицинской деятельности организации.

Отсутствует единая система критериев оценки качества и безопасности медицинской деятельности. Предлагавшиеся в 2014 году «критерии качества» содержали профильные перечни отдельных требований порядков оказания медицинской помощи и выборки услуг из стандартов медицинской помощи со стопроцентной частотой назначения. По сути, они представляли собой не критерии качества, а профильные «чек-листы» исполнения некоторых установленных требований. Доскональное исполнение требований не эквивалентно оказанию качественной и безопасной медицинской помощи и не гарантирует таковой, поскольку каждое из них связано с административными целями, а не клиническими. Результаты экспертиз, проведенных по этим «критериям», представляли бы собой формальную оценку исполнения требований, но не качества медицинской помощи. Управление медицинской организацией на их основе вело бы к счастью и благополучию контролирующие ее деятельность и надзирающие над ней органы, но не ее пациентов.

Отсутствует также внятная методология экспертной работы и технология проведения экспертизы. Оценку контролируемых параметров, там где они имеются, эксперт проводит, не имея четких ориентиров и принципов, а влияние того или иного параметра на результат оказания медицинской помощи не учитывается либо учитывается произвольно. В то же время, именно учет этого влияния отличает экспертную работу от механистического и бесполезного контроля исполнения требований, и придает ему клиническую адекватность и управленческую ценность.

Из вышесказанного следует вывод: различные должностные лица медицинской организации неизбежно выступают в качестве экспертов, но их экспертная работа никак не регулируется. Эксперт «что-то» должен проверять и «как-то» оценивать, чтобы система работала. При этом, в лучшем случае (при наличии региональных рекомендаций и локальной системы документов), нам известно о том, «что» эксперт должен проверять и оценивать, но почти ничего о том, «как» он должен это делать. Иными словами, экспертные функции регламентирующими документами предусмотрены, но содержанием не наполнены.

Это одна из главных причин формального подхода к осуществлению внутреннего контроля, доминирующего в медицинских организациях. Эксперт действует произвольно, не имея ни логичной системы критериев, ни методологии оценки, ни цели экспертной работы. При этом он знает, что результаты экспертизы в управленческий расчет не берутся и выявленные отклонения корректироваться не будут. Для руководства они, в таком виде, не имеют управленческой ценности. Это знание неизбежно сужает внимание эксперта до наиболее простых и формальных признаков и отклонений. Порочный круг замыкается, когда это знание усваивается всеми сотрудниками и превращается во всеобщее убеждение.

В системе внутреннего контроля медицинской организации эксперт представляет собой одновременно функцию без содержания, которую он должен «как-то» справлять, и содержание без функции, которое он обязан реализовывать. Его роль пуста, и в коллективе это известно.

В какой-то мере, наполнить эту роль можно на уровне медицинской организации. Для этого понадобится система локальных документов, не только описывающих модель внутреннего контроля и устанавливающих порядок его организации и проведения, но и регламентирующих экспертную работу, а также определяющих статус эксперта медицинской организации.

Лучшим решением здесь будет установление отдельного локального документа – Порядка проведения экспертизы. В этом документе необходимо указать, как минимум, статус эксперта медицинской организации в границах системы внутреннего контроля, а также описать цели, задачи, функции, права и обязанности эксперта, дать ему прочную основу для осуществления им

экспертных функций: методологию экспертной работы, систему оценочных критериев, технологию проведения экспертизы, информационную базу и процессуальные ориентиры.

Эксперт медицинской организации – это, прежде всего, наставник. За тестами и стандартами, требованиями и регламентами, «чек-листами» и проверками институт наставничества очутился в забвении. У многих в памяти остались старшие коллеги, без помощи которых состояться в качестве специалистов было бы гораздо труднее. Новые поколения врачей, во многом, лишены этой поддержки вследствие глубоких системных сдвигов в приоритетах. Идеальный эксперт – это наставник, обладающий необходимыми личностными качествами, профессиональными знаниями и опытом, и имеющий прочную смысловую, правовую, методологическую и технологическую базу для своей экспертной деятельности и надежный экспертный инструментарий. Каждый такой эксперт значит для здоровья населения больше, чем армия контролеров исполнения установленных требований с арьергардом из их установителей.

Руководители медицинских организаций, использующие преимущества управления по отклонениям, конечно, стараются наделить экспертов необходимыми полномочиями и снабдить их всем, что требуется для эффективной работы. Но радикально локальным нормотворчеством проблемы не решить. Тем более – в масштабе страны. Напротив, в обозримом будущем она будет неизбежно углубляться. Так, использование показателей качества среди других, персонально учитываемых в целях материального стимулирования труда медицинских работников, резко обострит конфликт интересов врача и медицинской организации, и остриё этого конфликта будет направлено на эксперта. На такого же безоружного в правовом отношении врача, как и другие. И чем дольше федеральный центр будет «усиливать контроль» и механизировать его вместо реального решения организационных проблем, тем тяжелее будет становиться и без того незавидное положение эксперта медицинской организации, тем более формальным и пустым будет внутренний контроль, и тем шире будет пропасть между качеством реальным и декларируемым.

Решение проблем: Необходимо организовать институт саморегулируемого медицинского экспертного сообщества с членами – аккредитованными экспертами по специальностям. Общество должно иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности «при проведении медицинских экспертиз по экспертизе качества медицинской помощи» и быть независимым от ЛПУ, органов региональной и федеральной власти в сфере здравоохранения, а также от страховых организаций и фондов медицинского страхования. Заинтересованные стороны должны заказывать и приобретать услуги по проведению экспертизы качества медицинской помощи в зависимости от целей. Корпоративная этика экспертного сообщества, направленная на сбережение своего авторитета, позволит организовать качественную и адекватную экспертизу качества медицинской помощи. Но это все невозможно в условиях отсутствия законодательных понятий и критериев, характеризующих качество медицинской помощи (своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения и достигнутый положительный результат).

Список литературы

1. *Улумбекова Г.Э., Полубенцева Е.И., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 60 с.*
2. *Федеральная антимонопольная служба. Доклад Федеральной антимонопольной службы о проблемах государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности: http://www.fas.gov.ru/analytical-materials/analytical-materials_31162.html*
3. *Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 592 с.*

Об авторе

Князев Евгений Геннадьевич – начальник Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 94 Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ ЦМСЧ № 94 ФМБА России), Московская область, egknjazev@rambler.ru

Таевский Андрей Борисович – руководитель портала «Здрав.Биз», Санкт-Петербург, zdrav-expert@ya.ru, taevsky@mail.ru

Knyazev Evgeny Gennadevich – chief of Federal state budgetary institution of health care «The central medical and sanitary part No. 94 of Federal Medical Biological Agency», Moscow region, egknjazev@rambler.ru

Tayevsky Andrey Borisovich – the head of a portal «Zdrav. Biz», St. Petersburg, zdrav-expert@ya.ru, taevsky@mail.ru

Косухина О. И.

ИЗУЧЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Статья посвящена изучению судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов в кардиологической практике. Проанализированы материалы судебно-медицинские экспертизы по гражданским делам, отобраны для изучения экспертизы кардиотерапевтического профиля; проведен социологический опрос кардиологов и пациентов кардиологического стационара; изучены первичная документация в виде историй болезни кардиологического стационара и уже существующие алгоритмы проведения судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам с целью установления причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

Ключевые слова: Судебно-медицинская экспертиза, кардиотерапевтический профиль, дефект оказания медицинской помощи, неблагоприятный исход.

Kosukhina O. I.

STUDY OF ADVERSE OUTCOMES IN CARDIOLOGY PRACTICE

Article is devoted to studying of a medicolegal assessment of failures in cardiological practice. Materials forensic medical examinations on civil cases are analysed, selected for studying of examination of a cardiotherapeutic profile; sociological survey of cardiologists and patients of a cardiological hospital is conducted; are studied primary documentation in the form of clinical records of a cardiological hospital and already existing algorithms of carrying out forensic medical examinations on civil cases for the purpose of establishment of relationship of cause and effect between defects of delivery of health care and a failure.

Keywords: *Forensic medical examination, cardiotherapeutic profile, defect of delivery of health care, failure*

В последние годы увеличилось количество случаев обращения населения в судебные инстанции по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи. Пятое место по количеству исков заняли дела, связанные с терапевтическим профилем. Это довольно большой спектр судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам, ведущее место занимают дела кардиотерапевтической направленности [1, 2, 3, 4].

В ходе проведенной работы нами была разработана и предложена оценочная шкала связи дефектов оказания медицинской помощи и неблагоприятных исходов с целью совершенствования алгоритма проведения судебно-медицинской экспертизы по делам врачей-кардиологов.

Нами были изучены и проанализированы: законодательные документы – 2; первичная медицинская документация – 106; заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз выполненных в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в кардиотерапевтической практике – 594; исковые заявления граждан, обратившихся в судебную инстанцию в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в кардиотерапевтической практике – 50; ответы данные медицинскими учреждениями на жалобы пациентов или их представителей, адвокатов – 50; заключения специалиста, выполненных на кафедре судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ – 100; данные социологического исследования на предмет анализа собственных дефектов в оказании помощи населению и правовой грамотности врачей-кардиологов города Москвы – 41; данные социологического исследования на предмет мнения пациентов о кардиотерапевтической помощи в стационарах г. Москвы – 50; годовые отчеты структурного подразделения ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы» за 2000-2011 гг. – 12 отчетов.

Исследование проводилось в 4 этапа:

Первый включал изучение как отечественных литературных источников, так и зарубежных.

На втором этапе социологического исследования сбор первичной информации.

На третьем этапе производилась цифровая (электронная) обработка полученной информации.

На четвертом этапе проводился анализ обработанной информации; в ходе данного анализа подготовлены выводы. При проведении социологического опроса приняли участие 41 врач-кардиолог и 50 пациентов кардиотерапевтического стационара г. Москвы.

Анкета-опросник для специалистов содержала 19 вопросов, на которые были получены 828 ответов в общей сложности. Анкеты для пациентов содержали также 19 вопросов, на которые получены ответы в количестве 779. В ходе статистической обработки анализа можно говорить о том, что пациенты стали более требовательны к лечебному учреждению, а также желают больше получать информации о ходе лечения, тактики ведения, диагностики и реабилитационном периоде. Эти факты часто приводят к конфликтным ситуациям между врачами и пациентами, последние из которых часто недовольны качеством оказанных услуг, хотя и не всегда правомерно. Из 50 проанализированных судебно-медицинских экспертиз и 100 заключений специалиста за 2000-2011 гг. по гражданским делам, связанными с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в кардиотерапевтической практике, причинами конфликтов стали «затянутость» диагностического процесса по времени, что ведет к запоздалому назначению лечения; неправильность постановки диагноза, дефекты тактики и организации.

Также в данном исследовании проанализированно 40 медицинских кардиотерапевтического стационара. В результате анализа которых выявлены следующие дефекты заполнения медицинской документации: отсутствие данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, нет информированного согласия пациента или его представителей; небрежное ведение записей, сокращение в записях; в медицинских картах стационарного больного не было освещено лечение проводимое ранее; отсутствие обоснования на проведение дополнительных методов исследования, отсутствие их результатов; несоответствие указанного диагноза, описанной в клинике заболеваний; отсутствие данных об аллергоанамнезе, наследственных заболеваниях, оперативных вмешательствах.

Анализируя 50 заключений судебно-медицинских экспертиз, по гражданским делам кардиотерапевтической направленности, разработана пятибалльная оценочная шкала, позволяющая оценить степень причинно-следственной связи между ненадлежащим оказанием помощи и неблагоприятным исходом. Так, оценка – «пять» является самой высокой степенью

ответственности медицинских работников, а один балл – отсутствие ответственности или указывает на ее незначительное присутствие.

Все вышеизложенное позволило сделать следующие выводы:

1. Результатом ненадлежащего оказания медицинской помощи может быть неблагоприятный исход в виде снижения трудоспособности или летального исхода.

2. При анализе медицинских карт стационарных больных кардиологического отделения во всех наблюдалось нарушения правил ведения медицинской документации.

3. На первом месте по дефектам оказания медицинской помощи кардиологическим больным терапевтического профиля стоят дефекты диагностики и реабилитации, за ними следуют тактические и дефекты лечения.

4. Анализ социологического исследования показал крайне низкую осведомленность по нормотивно-правовой базе, как врачей, так и пациентов, вопросам этики и деонтологии, что приводит к конфликтным ситуациям., вопросов этики и деонтологии, неумением и невозможностью установить контакт с пациентом.

5. Разработанная шкала оценки дефектов оказания медицинской помощи в кардиологической практике позволяет четко определить этапы, на которых допущены дефекты оказания медицинской помощи, что существенно облегчает работу при проведении судебно-медицинских экспертиз.

Список литературы:

1. *Баринов Е. Х., Балашова И. Л., Косухина О. И., Ромодановский П. О., Черкалина Е. Н. К вопросу об экономических и профессиональных аспектах правонарушений при оказании медицинских услуг || Проблемы экспертизы в медицине. – 2012. – № 1-2. – С. 9-10.*
2. *Баринов Е. Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. – 164 с.*
3. *Баринов Е. Х., Косухина О. И., Сухарева М. А., Эртель Л. А. Дефекты ведения медицинской документации в практике терапевтического стационара || Медицинская экспертиза и право. – 2014. – № 6. – С. 19-22.*

4. *Косухина О. И., Сухарева М. А., Баринов Е. Х. Выявление особенностей дефектов оказания медицинской помощи в терапевтической практике в ряде пульмонологических и кардиологических специальностей || Судебная медицина. – № 1. – 2015. – С. 26-29.*

Об авторе

Косухина Оксана Игоревна – преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва

Kosukhina Oksana I. – lecturer in forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, Moscow

Купрюшин А. С., Левашов И. А., Галеева Р. Т.

ХАРЕКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧЕТЫРЕХ РЕГИОНАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Исследовались комиссионные судебно-медицинские экспертизы, проведенные по поводу ненадлежащего исхода оказания медицинской помощи у детей. Экспертизы были проведены в 1996-2011 годах. в Бюро судебно-медицинской экспертизы четырех регионов Приволжского Федерального округа РФ. Были выявлены следующие особенности: низкое количество экспертиз в Пензенской области; большое количество экспертиз по поводу оказания медицинской помощи детям до 3 лет (около 64 %); нахождение в группе риска претензий родителей к качеству педиатрической помощи акушеров-гинекологов, хирургов, анестезиологов-реаниматологов, инфекционистов, педиатров, неонатологов и травматологов; обоснованность претензий родителей по поводу качества медицинской помощи почти в половине случаев; высокий риск ненадлежащего оказания экстренной медицинской помощи; повышение вероятности ненадлежащего оказания медицинской помощи с возрастанием категории расхождения заключительного клинического диагноза с установленным экспертизой диагнозом, что сопряжено с риском развития среднего и тяжкого вреда, причиненного здоровью ребенка и даже смерти.

Ключевые слова: *медицинская помощь; педиатрическая помощь; неблагоприятный исход оказания медицинской помощи; дети; ненадлежащее оказание медицинской помощи; комиссионная судебно-медицинская экспертиза; расхождение диагнозов; вред, причиненный здоровью ребенка.*

Kupryushin A. S., Levashov I. A., Galeeva R. T.

CHARACTERISTICS OF CASES OF POOR OUTCOMES OF PEDIATRIC CARE RENDERED IN FOUR REGIONS OF THE VOLGA FEDERAL DISTRICT

There have been studies of commission forensic examinations conducted on the outcomes of inadequate medical care rendered to children. Examinations were carried out in the years 1996-2011 at the Bureau of Forensic Medicine of four regions of the Volga Federal District of the Russian Federation. The following features have been discovered: a small amount of expertise in the Penza region; a large amount of expertise on medical care rendered to children under 3 years old (about 64 %); parents' claims to the quality of pediatric care of the following specialists being in the risk group: obstetricians, surgeons, anesthesiologists, intensive care specialists, infectious diseases specialists, pediatricians, neonatologists and trauma specialists; validity of parents' claims to the quality of medical care in nearly half of the cases; a high risk of inadequate emergency medical assistance; an increased risk of improper care connected with the divergence between the final clinical diagnosis and that established by the expertise, which may lead to medium and serious harm to a child's health or even to his| her death.

Keywords: *medical care; pediatric care; poor outcome of rendering medical care; children; inadequate health care; commission forensic examination; divergence of diagnoses; harm caused to a child's health.*

Охрана здоровья граждан является составной частью государственной политики Российской Федерации, что отмечено в ч. 2 ст. 7 Конституции РФ, ч. 1 ст. 41, которой регламентировано право на охрану здоровья и медицинскую помощь (далее – МП). Бесспорно, что оказываемая гражданину помощь должна быть качественной, т.е. своевременной, правильно выбранной и достичь запланированного результата [1; 207]. Когда хотя бы одна из этих характеристик не достигается, у пациентов могут возникать претензии уголовного или гражданского характера к оказывавшему помощь медицинскому работнику. При этом могут возбуждаться уголовные и гражданские дела, а затем – проводиться комиссионные судебно-медицинские экспертизы (далее – КСМЭ), разрешающие вопросы ненадлежащего оказания или неоказания медицинской помощи, число которых «имеет стойкую тенденцию к увеличению» [2]. При этом выводы этих экспертиз нередко свидетельствуют о серьезных дефектах оказания МП. К сожалению, некачественная помощь может быть оказана и детям [3]. По этому поводу также проводятся комиссионные экспертизы, устанавливающие конкретные недостатки лечебно-диагностического процесса и условия их реализации [4], что делает актуальным изучение этих экспертиз.

Изложенные проблемы определили цель настоящего исследования – определение особенностей неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи детям (далее – НИОМПД), явившихся поводом проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Для достижения цели были поставлены задачи:

- ✓ изучить региональные особенности экспертизы, проведенные по поводу НИОМПД в четырех Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) Приволжского Федерального округа;

- ✓ провести сравнительный анализ НИОМПД в различных возрастных группах;
- ✓ изучить проблему НИОМПД в зависимости от специальности врачей;
- ✓ изучить обоснованность претензий родителей к медицинскому персоналу по данным КСМЭ;
- ✓ выявить группы риска по ненадлежащему исполнению своих обязанностей со стороны медицинских работников в процессе оказания медицинской помощи.

Материалом настоящего исследования явились комиссионные судебно-медицинские экспертизы из архивов отделов сложных экспертиз Бюро судебно-медицинской экспертизы Пензенской, Самарской и Ульяновской областей и Республики Мордовия (далее – РМ) за 15 лет (с 1996 по 2011 гг.).

Методы данного исследования включают в себя статистическую обработку базы данных с использованием пакета прикладного программного обеспечения Excel.

За вышеуказанные годы было проведено 102 КСМЭ по поводу оказания педиатрической помощи: 16 (15,69 %) – в г. Пензе, 35 (34,31 %) – в г. Самаре, 30 (29,41 %) – в г. Ульяновске и 21 (20,59 %) – в Республике Мордовия. Необходимо отметить, что численность населения в данных регионах различная (при этом она сопоставима по детскому населению) (табл. 1).

Таблица 1.

Численность населения (данные Росстата) и количество экспертиз в изучаемых регионах

Регионы	Численность населения (чел.)		КСМЭ, n=102 (1996-2011гг.)	
	1996 год	2011 год	абс.	%
Самарская область	3 306 798	3 215 311	35	34,31
Пензенская область	1 549 529	1 384 006	16	15,69
Ульяновская область	1 470 364	1 290478	30	29,41
Республика Мордовия	949 061	833 263	21	20,59

Как показано в таблице № 1, сопоставление количества жителей изучаемых регионов с количеством проведенных КСМЭ выявило их закономерно большее количество в Самарской области, а также меньшее их количество в Пензенской области по сравнению с Ульяновской и РМ.

Наибольшее количество экспертиз было проведено 2001 и 2002 г г. – 27 и в 2007-2009 гг. – 37. Первое увеличение количества КСМЭ, вероятнее всего, связано с ростом правовой активности граждан в отношении привлечения медицинских работников к уголовной ответственности. В этом несомненно огромную роль сыграли средства массовой информации с призывом неотвратимо наказывать врачей. На эти годы приходится наибольшая активность шоу-программ с привлечением общественности, с односторонним изложением проблемы и появление многочисленных необъективных публикаций в средствах массовой информации [5], получающих «значительный общественный резонанс» [6]. Второй «всплеск» количества экспертиз по поводу НИОМПД мог быть связан с резким ростом гражданских дел, объяснимым переориентацией надежд граждан на более легкое привлечение врачей к этому виду ответственности. Так, в г. Москве именно в эти годы увеличилось количество гражданских исков к врачам и медицинским организациям [7].

Проведенным исследованием также установлено, что все же наибольшее количество комиссионных экспертиз за все указанное время в отмеченных субъектах РФ проводилось по уголовным делам (49,02 %), несколько меньше – по гражданским делам (34,31 %) и только 16,67 % – по материалам проверок правоохранительных органов. Такая закономерность в разрешении большего числа конфликтных ситуаций между пациентами и врачами не в суде, «а с помощью прокуратуры и РОВД» [8; 55] характерна для многих субъектов РФ.

Комиссионными экспертизами было установлено, что в 51,96 % случаев детям была оказана надлежащая МП, в 48,04 % – ненадлежащая, что свидетельствует о большой доле обоснованности мнения родителей о некачественной помощи, оказанной их детям.

Из материалов КСМЭ проведенных по поводу НИОМПД известно, что 82,35 % из них связано с оказанием экстренной помощи. В таких случаях врач должен принимать быстрое решение по поводу проведения лечебно-диагностических и организационных

мероприятий, которые именно поэтому могут быть не всегда правильными. С другой стороны, в экстренных ситуациях даже правильно и своевременно принятые решения могут быть неэффективными в силу ряда причин (например, позднее обращение к врачу, неблагоприятный преморбидный фон, молниеносное течение заболевания и т.д.). Тем не менее, даже в таких условиях в более, чем половине случаев (52,38 %) медицинская помощь была оказана надлежащим образом; в остальных случаях (47,62 %), к сожалению, оказание медицинской помощи признано ненадлежащим.

Таблица 2.

Структура надлежащего и ненадлежащего оказания медицинской помощи в зависимости от возрастного периода детей

Возрастные периоды	Надлежащая МП		Ненадлежащая МП	
	абс.	%	абс.	%
Новорожденные дети, n=37	25	67,57	12	32,43
Грудной возраст (от 1 мес. до 1 года), n=11	6	54,55	5	45,45
Дети раннего возраста (от 1 года до 3-х лет), n=17	8	47,06	9	52,94
Дошкольный возраст (от 3-х до 7 лет), n=5	2	40,00	3	60,00
Младший и средний школьный возраст (от 7 до 12 лет), n=11	2	18,18	9	81,82
Подростковый период (от 12 до 18 лет), n=21	10	47,62	11	52,38

Как видно из таблицы 2, самое большое количество экспертиз было связано с претензиями родителей по поводу оказания МП детям неонатального периода (до 4 недель) – 37. Проведенным исследованием было установлено, что из этих случаев в 67,57 % была оказана надлежащая МП и в 32,43 % – ненадлежащая.

Неудовлетворенность оказанием МП детям грудного возраста (от 4 недель до 1 года) была выявлена в 11 экспертизах, из них в 54,55 % случаях она была оценена как надлежащая и в 45,45 % – как ненадлежащая.

В связи с недовольством МП, оказанной детям в раннем детском возрасте (1-3 года), было проведено 17 КСМЭ, в которых

установлено, что в 47,06 % она была надлежащей, а в 52,94 % – ненадлежащей.

Лечение детей дошкольного возраста (3 года – 7 лет) родители посчитали некачественным и инициировали проведение КСМЭ в 5 случаях, в 40,00 % из которых МП экспертами была оценена надлежащей и в 60,00 % – ненадлежащей.

Объектами медицинской помощи, оказанной, по мнению родителей, некачественно были также дети младшего школьного возраста (7-12 лет). Нам встретилось 11 таких экспертиз НИОМПД. В 18,18 % этих экспертиз, по мнению комиссии была оказана надлежащая МП, в 81,82 % – ненадлежащая.

В связи с негативным отношением родителей к лечению детей подросткового возраста (12-17 лет) была проведена 21 КСМЭ, из них в 47,62 % была установлена надлежащая МП, в 52,38 % – ненадлежащая.

Анализ возрастных периодов, связанных с проведением КСМЭ во всех изучаемых регионах, показал, что почти 64 % всех КСМЭ были проведены по поводу недовольства родителей МП, оказанной детям до 3 лет. Далее по частоте убывания идут экспертизы, в которых анализируется лечение детей подросткового, младшего школьного и дошкольного возрастов. Частота экспертиз, связанных с первыми тремя возрастными периодами, может быть объяснена более разнообразными объективными причинами лечебно-диагностических ошибок, чем в других периодах. Категория новорожденных детей весьма разнообразна: это доношенные и недоношенные дети, зачастую с внутриутробной задержкой развития, внутриутробным инфицированием, аномалиями и пороками развития; рожденные в асфиксии и с синдромом дыхательных расстройств, пневмопатиями, родовыми травмами (включая и внутрижелудочковые кровоизлияния) и т.д. Адаптация, дальнейший рост и развитие таких детей также происходит по-разному. В данном случае возникает риск развития тяжелых заболеваний. Неблагоприятный преморбидный фон осложняет течение многих заболеваний, и даже качественная, своевременная медицинская помощь порой не приносит результата. Очень часто диагностические возможности ограничиваются из-за общего тяжелого состояния ребенка, что ведет к ошибкам в диагно-

стике и, как следствие, к неправильной тактике лечения. У детей до 3-х лет трудности диагностики связаны, в том числе, и невозможностью полноценно собрать анамнез. Не последнюю роль играют и такие недостатки педиатрической помощи как «отсутствие необходимых видов диагностики и лечения» и недостаточное развитие реанимационных служб [9].

Таблица 3.

Структура врачебных специальностей (по номенклатуре), задействованных в проведении КСМЭ

Специалисты (n=102)	Надлежащая МП		Ненадлежащая МП	
	абс.	%	абс.	%
акушер-гинеколог, n=34	22	64,71	12	35,29
педиатр, n=15	7	46,67	8	53,33
хирург, n=15	5	33,33	10	66,67
инфекционист, n=11	5	45,45	6	54,54
анестезиолог-реаниматолог, n=7	2	28,57	5	71,43
неонатолог, n=5	4	80,00	1	20,00
травматолог-ортопед, n=4	1	25,00	3	75,00
стоматолог, n=4	3	75,00	1	25,00
* уролог, n=2	-	-	2	100,00
* оториноларинголог, n=2	2	100,00	-	-
* нейрохирург, n=1	-	-	1	100,00
* рентгенолог, n=1	1	100,00	-	-
* диетолог, n=1	1	100,00	-	-

* данные по надлежащей и ненадлежащей МП не показательны из-за незначительного количества КСМЭ

При рассмотрении врачебных специальностей, задействованных в оказании МП детям установлено, что в 34 КСМЭ рассматривалось качество ее оказания акушерами-гинекологами, которые надлежаще оказали помощь в 64,71 % , ненадлежаще – в 35,29 % . На изучение тактики хирургов и педиатров пришлось по 15 экспертизах, хирурги надлежащим образом оказали МП в 33,33 % , ненадлежащим – в 66,67 %; педиатры – 46,67 % и 53,33 % соответственно. Следует отметить, что в аналогичный период времени наибольшее количество комиссионных экспертиз в РЦСМЭ и Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы

были проведены также в отношении акушеров-гинекологов и хирургов [10]. Инфекционисты были объектом анализа 11 комиссионных экспертиз, надлежащую помощь они оказали в 45,45 % случаев, ненадлежащую – в 54, 54 % . Оценка действий реаниматологов встретилась в 7 экспертизах, они действовали надлежаще в 28,57 % случаев и ненадлежаще – в 71,43 % . Неонатологи оценивались в 5 КСМЭ, из них в 80 % они надлежаще оказали МП, в 20 % – ненадлежаще. По поводу МП, оказанной травматологами и стоматологами было проведено по 4 экспертизы, первые в 25 % случаев действовали надлежащим образом и в 75 % – ненадлежащим, вторые наоборот, в 75 % – надлежащим, в 25 % – ненадлежащим. В связи с работой урологов и оториноларингологов проводилось по 2 экспертизы, первые действовали ненадлежаще, вторые – надлежаще. На рассмотрение деятельности нейрохирурга, рентгенолога и диетолога пришлось по 1 экспертизе. Нейрохирург оказал ненадлежащую медицинскую помощь, два других врача – надлежащую.

Представленных данные показывают, что большая часть случаев ненадлежащей МП была связана с анестезиологами-реаниматологами, хирургами, инфекционистами, педиатрами, травматологами, – т.е. в основном представителями тех специальностей, работа которых связана с экстренной медицинской помощью, где требуется быстрота оценки клинической ситуации и принятия врачебных решений, при которой возможно возникновение дефектов лечебно-диагностического процесса.

При сопоставлении заключительного клинического диагноза с заключением КСМЭ об установленном патологическом процессе, выявлено, что при надлежащем оказании МП диагноз совпал с заключением в 96,23 % случаях, расхождение диагноза 1 и 2 категории было по 1,89 % . При ненадлежащем оказании МП диагноз совпал с заключением в 55,1 % случаев, расхождение 1 категории было выявлено в 8,16 % случаев, 2 категории – в 4,08 % , и 3 категории – в 32,65 % . Такие результаты являются очевидными и не требуют объяснения.

Из материалов КСМЭ известно, что при надлежаще оказанной МП вред, здоровью ребенка не был причинен в 96,8 % случаев, причинение среднего вреда было установлено в 1,06 %

случаев, смерть пациента наступила в 1,06 % случаев, и степень вреда не устанавливалась в 1,06 % случаях. При ненадлежаще оказанной МП вред, здоровью ребенка не был причинен лишь в 4,08 % случаев, легкий вред здоровью – в 6,12 % , средний и тяжкий вред здоровью – в 20,4 % каждый, смерть ребенка наступила в 46,94 % случаев и степень вреда не устанавливалась в 2,04 % случаев. Полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи качества оказания МП и риске развития вреда, причиненного здоровью ребенка.

Выводы

1. Более низкое количество КСМЭ, связанных с ненадлежащим исходом оказания медицинской помощи детям в Пензенской области, по сравнению с другими анализируемыми регионами Приволжского Федерального округа, может быть объяснено как более высокой удовлетворенностью населения качеством оказания медицинской помощи, так и недостаточной правовой осведомленностью населения.

2. Анализ возрастных периодов, связанных с проведением КСМЭ во всех изучаемых регионах, показал, что в большинстве случаев имеет место недовольство родителей качеством оказания медицинской помощи детям до 3 лет (около 64 %).

3. Изучение структуры надлежащей и ненадлежащей МП в зависимости от врачебных специальностей выявило уязвимость акушер-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, хирургов, инфекционистов, педиатров, неонатологов, травматологов. Соответственно данные специальности составляют группу риска по частоте обращаемости правовых претензий населения, и, связанным с ними, проведением КСМЭ. Данный факт, вероятно, связано не столько с уровнем профессиональной подготовки этих врачей, сколько со спецификой деятельности вышеуказанных специальностей.

4. Претензии родителей по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи их детям почти в половине случаев подтверждаются результатами КСМЭ.

5. При оказании экстренной медицинской помощи детям повышается риск ее ненадлежащего исполнения. В связи с этим

большая часть обоснованных претензий родителей к медицинскому персоналу реализуется в соответствующем обращении в правоохранительные органы.

6. При установлении комиссионной экспертизой диагноза, совпадающего с заключительным клиническим диагнозом, в большинстве случаев оказанная МП носит надлежащий характер. С возрастанием категории расхождения диагнозов возрастает вероятность ее оценки, как ненадлежаще оказанной. При этом ненадлежащее оказание МП сопряжено с риском развития среднего и тяжкого вреда, причиненного здоровью ребенка и даже смерти.

Список литературы:

1. *Тимофеев И. В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты. СПб.: Изд-во ДНК, 2014. 224 с.*
2. *Ковалев А. В., Мартемьянова А. А. О классификации видов неоказания медицинской помощи больному || Суд. мед. эксперт. 2015. № 2. С. 4-8.*
3. *Купрюшин А. С. Купрюшина Н. В., Никишин Д. В Роль детского патологоанатома в комиссионной судебно-медицинской экспертизе смертельных исходов оказания медицинской помощи детям || Медицинская экспертиза и право. 2013. № 4. С. 10-12.*
4. *Черкалина Е. Н. Экспертная оценка профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в неонатологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 24 с.*
5. *Купрюшин, А. С. Отражение неблагоприятных исходов педиатрической практики в СМИ || Главный врач: хозяйство и право. 2013. № 1. С. 47-49.*
6. *Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность || Медицинское право. 2003. № 1. С. 4-6.*
7. *Динамика комиссионных судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам в г. Москве за 2000-2007 гг. [Баринов Е. Х. и др.]|| Медицинская экспертиза и право. 2012. № 3. С. 46-48.*
8. *Сергеев Ю. Д. Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. Москва, 2001. 288 с.*
9. *Основы оптимизации стационарной помощи детям [Баранов А. А. и др.]|| Вопросы современной педиатрии. 2006. № 3. С. 7-9.*

10. *Сергеев Ю. Д., Козлов С. В. Возникновение неблагоприятных последствий для здоровья при оказании медицинской помощи (анализ и прогноз) || Медицинское право. 2014. № 6. С. 13-16.*

Об авторах

Купрюшин Алексей Степанович – заведующий кафедрой клинической морфологии и судебной медицины ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», доцент, кандидат медицинских наук, Пенза.

Левашов Илья Андреевич – студент лечебного факультета медицинского института ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза.

Галеева Римма Тимуровна – доцент кафедры педиатрии и неонтологии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент, кандидат медицинских наук, Пенза.

Kupryushin Alexey Stepanovich – Head of the Department of Clinical Morphology and Forensic Medicine, the FSBEI HPE «Penza State University», MD, associate professor, Penza.

Levashov Ilya Andreyevich – student of the medical faculty of the medical institute the FSBEI HPE «Penza State University», Penza.

Galeeva Rimma Timurovna – associate professor of pediatrics and neonatology GBOU DPO «Penza Institute of Postgraduate Medical Education» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ph. D, Penza.

Лобан И.Е., Исаков В. Д., Лаврентюк Г.П., Быховская О. А., Филатов А. И.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ И ПРЕСТУПЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (по материалам СПБ ГБУЗ «БСМЭ» 2009-2014 гг.)

Статья посвящена анализу судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правона-рушениях медицинских работников, выполненных в Петербургском «Бюро судебно-медицинской эксперти-зы» в период 2009-2014 гг.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза; дефект оказания медицинской помощи; вра-чебные дела; структура и статистика.

Loban I. E., Isakov V. D., Lavrenchuk G. P., Bykhovskaya O. A., Filatov A. I.

STATISTICAL DESCRIPTION OF EXAMINATIONS ON THE CASES ABOUT PROFESSIONAL OF-FENCES AND CRIMES ARE HEALTHCARE WORKERS (according to the materials St. Petersburg GBUZ "BSMA" 2009-2014)

The article is devoted to the analysis of forensic experts in cases of offences by medical professional the offence, made in St. Petersburg «Bureau of forensic medical expertise» in the period 2009-2014 years

Keywords: forensic medical examination; the defect of medical care; medical practice; structure and statistics.

Экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников занимают значительную долю в общем объёме судебных медицинских экспертиз и исследований, проводимых в отделе сложных экспертиз [1]. Нами представлена сравнительная характеристика экспертных исследований по «врачебным делам», выполненных в Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в 2009-2014 гг.

За 6 лет в период с 2009 по 2014 годы в СПб ГБУЗ «БСМЭ» было проведено 1335 таких экспертиз и исследований по материалам уголовных и гражданских дел. Их абсолютное число ежегодно растёт с тенденцией увеличения темпов роста показателя. Так, если в 2009 году их было выполнено 171, то в 2014 – 326, т.е. почти в 2 раза больше (здесь и далее см. табл.).

Увеличивается не только число, но и доля экспертиз по «врачебным» делам в структуре экспертиз, проводимых в отделе сложных экспертиз. В течение последних трёх лет с 2012 по 2014 гг. проведено 790 экспертиз и исследований: в 2012 г. – 224, что составило 20% от общего количества комиссионных экспертиз, в 2013 г. – 240 (24%), в 2014 г. – 326 (27%).

Такая ситуация может быть связана с более активной позицией судебно-следственных органов в защите прав и законных интересов пациентов, развитием принципа состязательности судопроизводства, большей информированностью населения о своих правах и об обязанностях медицинских организаций и медицинских работников, развитием страховой медицины, изданием документов, регулирующих медицинскую деятельность.

В 2014 г. экспертизы назначались судебно-следственными органами Санкт-Петербурга (далее – СПб) в 206 случаях, других регионов – в 120 случаях (37%). В целом за изученный период с 2009 по 2014 гг. доля экспертных исследований, выполненных для других регионов, составила 28%.

Характеристика экспертиз (исследований) по «врачебным делам», выполненных в СПб ГБУЗ «БСМЭ» в 2009-2014 гг.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Всего
Общее количество экспертиз (исследований) по делам о профессиональных нарушениях медицинских ра-ботников							
	171	170	204	224	240	326	1335
из них: Распределение экспертиз и исследований по ведомственной подчинённости учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга							
Государственные (региональные и муниципальные)	87	97	81	105	106	131	607
Государственные (федеральные)	22	24	19	28	26	30	149
Частные	30	22	52	33	20	45	202
Всего:	171	143	152	166	152	206	958

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Всего
Распределение экспертиз и исследований по субъекту назначения экспертиз							
Суд	81	79	104	103	122	154	643
Следственный комитет	51	51	63	76	76	134	451
МВД	35	38	32	37	38	28	208
Адвокатура	4	2	5	8	4	10	33
Распределение экспертиз и исследований по профилю медицинской деятельности							
Хирург/ нейрохирург	15/4	31/12	31/14	27/23	34/11	36/21	174/85
Акушер-гинеколог	49	33	55	43	65	81	326
Терапевт	18	13	11	7	19	44	112
Стоматолог	11	16	15	27	16	28	113
Анестезиолог-реаниматолог	4	21	11	17	13	25	91
Педиатр	4	16	31	21	23	36	131
Другие	66	28	36	59	59	55	303
Распределение экспертиз и исследований по процессуальному виду экспертиз							
Первичные	129	157	188	205	226	288	1193
Повторные	17	5	2	1	-	2	27
Дополнительные	25	8	14	18	14	36	115
Распределение экспертиз и исследований по основному объекту экспертизы							
Трупы	93	93	108	116	138	173	721
Живые лица	78	77	96	108	102	153	614
Распределение экспертиз и исследований по видам судопроизводства							
Уголовное	90	91	100	121	118	172	692
Гражданское	81	79	104	103	122	154	643

Претензии предъявлялись в основном к государственным медицинским учреждениям. Так, среди медицинских учреждений Санкт-Петербурга, деятельность которых была предметом экспертного анализа, 63% имели статус государственных (из них 80%

регионального или муниципального подчинения и 20% – федерального). Деятельность частных медицинских организаций расследовалась в 20% случаев. В 2014 г. доля государственных медицинских учреждений составила 83% (270 случая из 326 с учётом всех выполненных экспертных исследований, в том числе для других регионов). Количество экспертиз по гражданским и уголовным делам было примерно равным (в 2014 г. соответственно 154 и 172).

Отмечается ежегодное возрастание количества экспертиз и исследований, назначаемых органами следствия как по уголовным делам и материалам проверок в рамках уголовного судопроизводства, так и по гражданским делам: 2012 г. – 121 по уголовным делам и 103 – по гражданским, 2013 г. – 118 и 122, в 2014 г. – 172 и 154, соответственно.

В 2014 г. увеличилось количество экспертиз, назначаемых органами следствия и судами в связи со смертью пациентов. Так в 2012 г. было проведено 116 «врачебных» экспертиз «танатологического» профиля, в 2013 г. – 138, а в 2014 г. – 173. Следует отметить, что в рамках расследования уголовных «врачебных» дел случаи, связанные со смертельным исходом пациентов, значительно преобладали над экспертизами по «живым лицам». По уголовным делам в 2012 г. было проведено 88 экспертиз «танатологического» профиля, в 2013 г. – 92, а в 2014 г. – 127. В то же время, по гражданским делам преобладали экспертизы по «живым лицам» (в 2012 г. – 83; 2013 г. – 80; в 2014 г. –118).

Предметом судебно-медицинской экспертизы была медицинская деятельность, в основном, по следующим специальностям: акушерство и гинекология (326 экспертиз и исследований в течение 6 анализируемых лет), хирургия и нейрохирургия (259), педиатрия (131), стоматология (113), терапия (112), анестезио-логия-реаниматология (91). В 2014 г. соотношение осталось схожим: акушерство и гинекология (81), хирургия и нейрохирургия (57), терапия (44), педиатрия (36), стоматология (28), анестезиология-реаниматология (25).

Обоснованность выдвигаемых гражданами и правоохранительными органами претензий к медицинским работникам подтверждается выявлением дефектов медицинской помощи при проведении экспертиз. Доля выявленных экспертными комиссиями дефектов оказания медицинской помощи достаточно высока и составляла: 2012 г. – 65%, 2013 г. – 71%, 2014 г. – 68% по делам в отношении медицинских учреждений и работников СПб и 79% – других регионов. Доля экспертиз с выявленными экспертными комиссиями дефектами в 2014 г. при экспертизах по гражданским делам составила 73%, при экспертизах по уголовным делам – 65%.

Частота выявления дефектов медицинской помощи по медицинским специальностям в 2013 и в 2014 годах: анестезиология-реаниматология – 88% и 92%, соответственно; хирургия – 80% и 86%; акушерство и гинекология – 68% и 70%; стоматология – 75% и 68%; терапия – 75% и 89%; педиатрия – 52% и 44%.

В рамках анализа изучены выполненные в СПб ГБУЗ «БСМЭ» экспертизы (исследования) по «врачебным делам» за 2014 г. на предмет экспертной оценки характера причинно-следственной связи между допущенными дефектами медицинской помощи и их последствиями. Оказалось, что прямая причинно-следственная связь состояния здоровья человека с дефектами оказания медицинской помощи установлена в 8,0%. В 30,0%, роль выявленных дефектов расценена как условие или фактор, способствующий неблагоприятному исходу оказания медицинской помощи. В остальных случаях констатировано отсутствие причинной связи допущенных недостатков оказания медицинской помощи с исходом заболеваний (травм) или суждение о причинно-следственной связи в выводах отсутствовало в связи с тем, что соответствующий вопрос перед экспертными комиссиями не ставился.

В 19,8% случаев органы суда и следствия ставили на разрешение экспертных комиссий вопрос об оценке действий (бездействий) медицинских работников, о конкретных лицах, ответственных за допущенные дефекты и причинно-следственной связи этих действий (бездействия) с исходом заболеваний (травм) и результатами оказания медицинской помощи. Данные вопросы (оценка акта сознательно-волевого поведения), по нашему мнению, выходят за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта и предмета судебно-медицинской экспертизы (носят уголовно-правовой характер и отражают общественную опасность и противоправность). В ходе судебно-медицинской экспертизы выявляют и оценивают допущенные дефекты оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Березников А.В. судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011.*

Об авторах

Лобан Игорь Евгеньевич – начальник Санкт-Петербургского государственного бюджетного учре-ждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доктор медицинских наук, Санкт-Петербург, globan1960@gmail.ru

Исаков Владимир Дмитриевич – заместитель начальника Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доктор медицинских наук, Санкт-Петербург

Лаврентюк Георгий Петрович – заместитель начальника Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доктор медицинских наук, Санкт-Петербург

Быховская Ольга Александровна – заведующая отделом сложных экспертиз Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, Санкт-Петербург

Филатов Андрей Игоревич – судебно-медицинский эксперт Санкт-Петербургского государственно-го бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

Loban Igor Evgenevich – the head of the St. Petersburg state budgetary health care institution «Bureau of forensic medical expertise, doctor of medical Sciences, Saint-Petersburg

Isakov Vladimir Dmitrievich – deputy head of the St. Petersburg state budgetary health care institution «Bu-reau of forensic medical expertise», doctor of medical Sciences, Saint-Petersburg

Lavrenchuk Georgy Petrovich – deputy head of the St. Petersburg state budgetary health care institution «Bureau of forensic medical expertise, doctor of medical Sciences, Saint-Petersburg

Bykhovskaya Olga Aleksandrovna – head of Department of complex examinations of the St. Petersburg state budgetary health care institution «Bureau of forensic medical expertise», the candidate of medical Sciences, Saint-Petersburg

Filatov Andrey Igorevich – medical examiner of the St. Petersburg state budgetary health care institution «Bureau of forensic medical expertise», Saint-Petersburg

Малахов Н. В., Токарева Е. М.

О СОВРЕМЕННЫХ ОСОБЕННОСТЯХ РАБОТЫ ОТДЕЛА СЛОЖНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ДЕЛАМ О ПРАВОНАРУШЕНИЯХ СОВЕРШЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Статья посвящена анализу проведенных в ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случаях неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза; исход при оказании медицинской помощи.*

Malakhov N. V., Tokareva E. M.

ABOUT THE MODERN WORK OF THE DIVISION DIFFICULT EXAMINATIONS IN CONDUCTING EXPERT EXAMINATIONS IN CASES OF OFFENCES COMMITTED BY MEDICAL PERSONNEL

The article is devoted to the analysis conducted in the Yaroslavl regional Bureau is judicial-medical examination fees forensic examinations in cases of adverse outcome in the provision of medical care.

Keywords: *forensic medical examination; the outcome in the provision of medical care.*

В отделе сложных экспертиз ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» удельный вес экспертиз, назначенных при подозрении на профессиональные правонарушения в системе здравоохранения велик. Так за 2014 по гражданским и уголовным делам, материалам проверки судебно-медицинская экспертиза в связи с деятельностью медицинских работников назначалась в 91 случаях, что составило 55% от общего количества проведенных экспертиз.

Очевидно, что при проведении судебно-медицинских экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи основным объектом исследования является медицинская документация. Наибольшее значение, как источник доказательств, имеют подлинные медицинские документы, отражающие факт обращения за медицинской помощью, результаты обследования и лечения, как то: карта вызова

скорой медицинской помощи, медицинская карта стационарного больного, медицинская карта амбулаторного больного, история родов, история развития ребенка, акт судебно-медицинского исследования трупа, протокол патологоанатомического вскрытия трупа, результаты дополнительных методов исследования, протоколы клинико-анатомических конференций и др.

Надлежаще оформленная медицинская документация позволяет проследить клинику, динамику заболевания, его симптомы и синдромы, наличие или отсутствие сопутствующей патологии, установочные факторы (возраст, наследственность и др.), оказывающие влияние на результат лечения и тактику медицинских работников, этапы диагностического процесса и проведенные диагностические мероприятия, а также ход лечебного процесса. Детальное изучение медицинской документации, начиная с рождения, иногда позволяет выявить особенности в развитии организма потерпевшего, наличие или отсутствие врожденной патологии, либо предрасположенности к ней.

Анализ работы отдела сложных экспертиз ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» показал, что в ходе проведения судебно-медицинских экспертиз выявлены дефекты ведения медицинской документации более чем в 50 % случаев. Наиболее часто встречаемыми недостатками в ведении медицинских документов являются: небрежность и неточность в заполнении, неразборчивость записей; трафаретное и нерегулярное ведение дневников, без отражения динамики состояния пациента; недостаточность описания клинической картины состояния больных; противоречивые записи. В медицинской документации встречаются исправления, подчистки, отсутствие, а в некоторых случаях замена отдельных листов.

Качество судебно-медицинской экспертизы по выявлению дефектов оказания медицинской помощи зависит не только от полноты медицинской документации, правильности и объективности её ведения, а также от состава экспертных комиссий. В состав экспертных комиссий в зависимости от характера случая, включаются врачи-специалисты разной направленности, не ограничиваясь определенным количеством. Для объективного результата экспертизы обязательно судебно-медицинское

освидетельствование потерпевшего, какой бы срок не прошёл с момента оказания помощи. В случае смерти пациента повторно исследуются имеющиеся гистологические препараты. При наличии гистологического архива, целесообразно расширить объем гистологических исследований путем изготовления и изучения дополнительных препаратов.

Необходимо отметить, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах: 1) государственный контроль; 2) ведомственный контроль; 3) внутренний контроль. По нашему мнению, обязательным объектом исследования, который должен быть представлен для проведения экспертизы при подозрении на правонарушение в сфере здравоохранения – это результаты проверок. Вышеуказанный контроль (проверка) может быть инициирован правоохранительным органом, и перед комиссией, которая будет осуществлять тот или иной контроль может и должен ставиться вопрос о наличии причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и тем или иным исходом.

По данным ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», за 2014 по гражданским и уголовным делам, материалам проверки судебно-медицинская экспертиза в связи с деятельностью медицинских работников назначалась в 91 случаях (2013 г. – 60, 2012 г. – 62). По уголовным делам назначались и выполнялись экспертизы в 27 случаях, по гражданским делам в 15 случаях, по материалам проверок в 49 случаях.

Экспертизы, связанные с деятельностью медицинских работников, выполнялись по определению судов (Ярославской области – 16), по постановлениям СУ СК – 58 (из них 2 иной регион) и МВД – 17 случаях. В некоторых случаях по одному делу (материалу) назначалось по 2-3 экспертизы (первичная и дополнительная). Чаще всего претензии предъявлялись только врачам (в 90 случаях), только в одном случае среднему медицинскому персоналу.

Судебно-медицинские экспертизы назначались в отношении: врачей хирургических специальностей 25 (в том числе общих хирургов – в 15 случаях, травматологов – в 3, сосудистых хирургов – 2;

пластических хирургов – 1; кардиохирургов – 1; нейрохирургов – 2; урологов – 1); терапевтических специальностей в 9 случаях (в том числе кардиологов в 1 случае; инфекционистов – 3; неврологов – 1; пульмонологов – 4); акушеров-гинекологов – 14; педиатров – 16; офтальмологов – 2; стоматологов – 4; иных специалистов или их сочетание в 21 случаях. Оказание медициной помощи осуществлялось специалистами, как государственных клинических учреждений, так и специалистами, работающими в негосударственной системе здравоохранения. Экспертизы в отношении живых лиц назначены в 37 случаях; в отношении умерших 54.

Дефекты на диагностическом этапе выявлены в 18 случаях, несоответствие терапии тяжести заболевания обнаружены в 6 случаях, дефекты в диагностики и лечении обнаружены 20 случаях. По заключению судебно-медицинской комиссии не выявлено дефектов оказания медицинской помощи в 39 случаях, что составляет 42 % от общего количества экспертиз по врачебным делам, соответственно в 52 случаях, что составляет 58 %, выявлены дефекты оказания медицинской помощи.

Причинно-следственная связь между допущенными дефектами в оказании медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода установлена в 1 случае. В 3х случаях по имеющимся данным не представлялось возможным оценить оказываемую медицинскую помощь.

Тактические ошибки у специалистов хирургического профиля проявлялись принятием неверного решения о выполнении или об отказе от оперативного вмешательства. Эти ошибки вызваны недостаточным анализом клинических данных, неправильной трактовкой результатов дополнительных методов исследования, либо нежеланием применить их для контроля за качеством лечения. В некоторых случаях они сочетались с ошибками врачей рентгенологов, связанными с низким качеством рентгенограмм. Технические ошибки хирургов состояли, в 2 случаях, в оставлении инородных тел. При осуществлении консервативного лечения ошибки заключались в назначении неподходящих, непоказанных или даже противопоказанных лекарственных средств. Весьма многочисленны технические ошибки, допускавшиеся стоматологами и зубными врачами. Это и попадание пломбировочного материала за пределы корня зуба и внедрение корня зуба в стенку и полость верхнечелюстной пазухи, нарушение технологии изготовления и постановки зубных протезов и нарушение принципов лечения хронических болезней зубочелюстной системы (пульпита, осложненного кариеса).

Следует отметить, что в ходе проведения судебно-медицинских экспертиз были выявлены объективные состояния и факты, способствовавшие возникновению неблагоприятных последствий: тяжелые сопутствующие и фоновые заболевания, затрудняющие как диагностику, так и лечение; противоречивость данных инструментального исследования; технические сложности при оперативном доступе; особенности анатомического строения или функционального состояния; несвоевременное, позднее обращение за медицинской помощью; наличие алкогольного опьянения у пациента; отказ от госпитализации или невыполнение рекомендуемых исследований; нарушение предписанного режима или неисполнение рекомендаций медицинских работников. Были обнаружены субъективные причины ошибочных действий в форме невнимательности и поспешности при выполнении диагностических и лечебных мероприятий: невыполнение всего объема диагностических мероприятий; нарушение тактики или техники проводимого лечения (недостаточная предоперационная подготовка, ненадлежащий послеоперационный контроль); «упорство» в выставлении одного и того же диагноза при существенном изменении клинической картины.

Учитывая ежегодное увеличение количества назначаемых экспертиз в случаях неблагоприятного исхода медицинской помощи, как в Ярославской области, так и в других субъектах РФ, возросшие требования общества к качеству оказания медицинской помощи, в настоящее время имеется острая необходимость в систематическом сборе и подробном анализе информации по проблемам неблагоприятных исходов медицинской помощи и по проведенным в таких случаях судебно-медицинским экспертизам, а также в осуществлении научных исследований по данной проблеме.

Список литературы:

1. *Малахов Н.В., Кедров В.С. О проблемных аспектах экспертиз качества оказания медицинской помощи и возможных путях их решения. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях: Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков, 21-24 октября 2013 года, Москва | под общ. ред. А.В. Ковалева. М.: Издательство «Голден-Би», 2013. Том 2. С. 169-170.*
2. *Роль медицинской документации при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанным с профессиональными ошибками и дефектами оказания медицинской помощи [Баринов Е.Х. и др.] || Медицинская экспертиза и право. 2010. № 4. С. 22-25.*

Об авторах

Малахов Николай Владимирович – заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения Ярославского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, Ярославль, malakhov_mnv@mail.ru

Токарева Елена Михайловна – заведующая отделом сложных экспертиз ГУЗ ЯО «Ярославское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Ярославль, sudmedyar@yandex.ru

Malakhov Nikolai Vladimirovich – head of Department of forensic medicine with the course of law of the Yaroslavl state medical University, candidate of medical Sciences, Yaroslavl, malakhov_mnv@mail.ru

Tokareva Elena Mikhailovna – head of Department of complex expertise «Yaroslavl regional Bureau of forensic medical examination», Yaroslavl, sudmedyar@yandex.ru

Манин А. И., Манин О. И., Баринов Е. Х., Ромодановский П. О.

ИЗУЧЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК И ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Приводятся сведения о проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи в ортопедической стоматологии.

Ключевые слова: *дефекты оказания медицинской помощи, стоматология, судебно-медицинская экспертиза.*

Manin A.I., Manin O.I., Barinov E. H., Romodanovsky P. O.

STUDY OF MEDICAL ERRORS AND DEFECTS OF CARE IN PROSTHETIC DENTISTRY

Provides information about the forensic Commission on civil cases involving defective care in prosthetic dentistry.

Keywords: *defects of care, dentistry, forensic examination.*

Проблемы профессиональных ошибок и дефектов оказания стоматологической помощи являются актуальными и приобретают все большее значение.

В последние годы отмечается ежегодный прирост экспертиз по делам о ненадлежащем исполнении медицинскими работниками профессиональных обязанностей, причем специальность «Стоматология» занимает лидирующую позицию и достигает 40 % от общего количества предъявляемых исков [1, 2, 3].

Необходимо отметить, что в последние десятилетия стали успешно изучаться вопросы экспертной оценки неблагоприятных исходов в стоматологии, разрабатываются и внедряются критерии и стандарты оказания стоматологической помощи.

Ошибки в ортопедической стоматологии обусловлены следующими причинами:

- ✓ Недостаточным знанием теоретических основ диагностического процесса в ортопедической стоматологии и несоблюдением правил обследования.

- ✓ Разноречивостью данных поликлинического обследования и малой их информативностью, отсутствием комплексного обследования.
- ✓ Отсутствием в стоматологических поликлиниках функционально–диагностических отделений или кабинетов.
- ✓ Отсутствием регламентированных (утвержденных) нозологических форм заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению.
- ✓ Организационными недостатками.

Для проведения комплексного лечения необходимо знать теоретические основы диагностического процесса, владеть адекватными методами исследования и применять их на практике для постановки диагноза и определения врачебной тактики с учетом индивидуальных особенностей организма.

Для предотвращения возникновения врачебных ошибок и нанесение вреда здоровья пациента необходимо всестороннее подходить к обследованию полости рта, которое проводится в следующей последовательности: оценивают состояние отдельных зубов, зубных рядов, окклюзионные взаимоотношения и движения нижней челюсти, слизистую оболочку рта, альвеолярные отростки и челюстные кости. Наиболее часто в ортопедической стоматологии встречаются сочетанные заболевания зубов, зубных рядов и других элементов зубочелюстной системы, при которых требуется применение дополнительных методов исследования, а диагностика и тактика лечения представляют особую трудность. Таким образом, неполноценное обследование приводит к постановке неверного диагноза и составления плана лечения.

Из изложенного следует вывод о том, что несоблюдение врачами алгоритма обследования, неполноценная диагностика и небрежное составление плана лечения может привести к возникновению врачебных ошибок и повлечь за собой причинение вреда здоровью.

Список литературы:

1. *Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. Выявление дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии || Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. № 6. С. 52-59.*

2. *Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. 204 с.*
3. *Черкалина Е. Н., Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. К вопросу о проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз связанных с ненадлежащем оказанием медицинской помощи в стоматологии || Медицинская экспертиза и право. 2009. № 2. С. 39-40.*

Об авторах

Манин Александр Игоревич – доцент кафедры клинической стоматологии № 2 Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Москва

Манин Олег Игоревич – доцент кафедры комплексного зубопротезирования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Москва

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Евгений Христофорович МЗ РФ, кандидат медицинских наук, профессор, Москва.

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права Павел Олегович МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Москва.

Alexander I. Manin – Associate professor of clinical dentistry No. 2 c/s GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, candidate of medical sciences, Moscow.

Oleg I. Manin – Associate Professor of integrated surgical GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological niversity A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, candidate of medical sciences, Moscow.

Evgeny Hristoforovich Barinov – Professor of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medicalstomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, candidate of medical sciences, Moscow.

Pavel Olegovich Romodanovsky – head of the Department of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, doctor of medical sciences, Professor, Moscow.

Михеева Н. А., Баринов Е. Х.

КОНФЛИКТ «ПАЦИЕНТ-ВРАЧ» ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЛАСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Статья посвящена проблеме, которая может затронуть любого практикующего врача при общении с пациентом, в частности и пластического хирурга. В статье представлены данные опроса обеих сторон возможного конфликта: врачей и пациентов.

Ключевые слова: *дефекты оказания медицинской помощи, медицинская помощь (услуга), конфликтные ситуации.*

Miheeva N. A., Barinov E. H.

THE CONFLICT»PATIENT-DOCTOR» IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE IN THE FIELD OF PLASTIC SURGERY

The article deals with the problem, which may affect any medical practitioner when communicating with the patient, in particular, and the plastic surgeon. The article presents survey data on both sides of the conflict: physicians and patients.

Keywords: *defects of medical assistance, medical assistance (service), conflict situations.*

Причиной обращения пациента в медицинское учреждение является необходимость получения медицинской помощи, для улучшения состояния здоровья. В то же время не редко стало обращение за коммерческой медицинской помощью, которой больше подходит определение «услуга». И областью оказания подобных услуг является так называемая «индустрия красоты», которая достаточно активно использует в своих целях фундаментальные методы клинической пластической хирургии.

Обратившись за помощью (услугой) в медицинское учреждение, пациент надеется получить высококвалифицированную медицинскую помощь (услугу) на современном уровне и в полном объеме. Однако практика показывает, что надежды не всегда оправдываются, и это приводит к конфликту между пациентом и врачом (или лечебным учреждением) [1].

Существуют несколько уровней разрешения конфликтных ситуаций: досудебный и судебный.

На первом, досудебном уровне, пациент обращается с жалобой к руководителю медицинского учреждения и(или) в органы управления здравоохранением. Проводится клинический разбор ситуации, возможно с проведением экспертизы качества медицинской помощи. Если в результате проведения всех мероприятий достигнуто согласие между руководителем лечебного учреждения (или врачом) с одной стороны и пациентом с другой стороны, то конфликт исчерпан и не переходит на следующий уровень.

Однако, не всегда разрешение подобных конфликтов происходит на досудебном уровне. Когда не достигнуто обоюдное согласие, и одна из сторон (или обе) имеет какие-либо претензии происходит обращение в судебные инстанции.

Иски к пластическим хирургам обусловлены комплексом объективных и субъективных причин, изучение которых представляет определенную актуальность для разработок мер по их предупреждению.

Для выявления проблем организации лечебного процесса, уточнения правовой осведомленности пластических хирургов было анонимно опрошено 42 специалиста города Москвы и Московской области. Возраст респондентов составлял от 33 до 57 лет, общий медицинский стаж работы от 9 до 32 лет; стаж работы в области пластической хирургии от 4 до 29 лет; различных врачебных категорий и ученых степеней. В анкету для врача – пластического хирурга вошли группы вопросов, которые касались полученного образования, медицинских учреждений в которых работают опрошенные. Были вопросы, связанные с ведением медицинской документации (МД) в медицинском учреждении в целом и ее заполнения собственно врачом. В частности нас интересовали вопросы дефектов заполнения медицинской документации, их причин и возможных вариантах, которые бы позволили избежать в дальнейшем повторения ошибок. Определенный блок вопросов касался возможных причин неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи и их профилактике. Отдельно интересовали конфликтные ситуации между врачом и пациентом: причины и пути их разрешения. Правовая грамотность врачей – пластических хирургов.

Среди опрошенных специалистов у всех имеется квалификационная категория. Высшая квалификационная категория у 23 врачей, первая – у 17 врачей, вторая – у 2 врачей. Так же среди респондентов были врачи, имеющие ученую степень доктора медицинских наук 1 % от общего числа опрошенных, и кандидата медицинских наук 3 % .

В результате социологического опроса было установлено, что все опрошенные врачи работали в частных медицинских учреждениях. Возраст респондентов варьировался от 33 лет до 57 лет. Все врачи имели высшее медицинское образование и по окончании ВУЗа получили дипломы с отметкой «лечебное дело».

При анкетировании на некоторые вопросы предлагалось выбрать несколько вариантов ответов. Из ответов следует, что большинство респондентов понимают важность правильного и полного ведения медицинской документации, однако сами признают, что допускают ошибки при заполнении карт – это 69 %. 24 % считают свое заполнение карт правильным и полным. 7 % затрудняются дать оценку своей манере ведения медицинской документации.

Среди факторов, которые могут привести к нарушениям в ведении медицинской документации отмечено следующее: 47 % врачей заполняют карту после приема, так как все время приема посвящают общению с пациентом, 38 % своевременно делают записи, хотя считают, что времени не хватает, 15 % когда сочтут удобным.

Так же, те врачи, которые отметили в своих ответах, что допускают нарушения ведения медицинской документации, указали следующие причины этого: отвлечения на внеплановые консультации коллег и других пациентов, большой наплыв пациентов (и как следствие желания всех принять), часть признались в собственной медлительности.

Несмотря на то, что большое количество респондентов признали, что совершают ошибки при заполнении медицинской карты, практически все (81 %) понимают, что эти ошибки могут негативно отразиться для них в ходе судебного разбирательства.

При анкетировании врачей – пластических хирургов мы выяснили, что 88 % из них совершали ошибки при оказании медицинской помощи (услуги). 76 % считает необходимым указывать в документации на ошибки и недостатки в лечении пациента, один респондент затруднился ответить, при этом 83 % всех опрошенных признались, что данный факт сами фиксировать не будут.

Из нескольких предложенных вариантов причин возникновения дефектов и осложнений в практике пластической хирургии отмечено: ошибки диагностики – 20,8 % , неправильный выбор тактики лечения – 10,4 % , недостаточная квалификация медицинского персонала – 18,7 % , непрогнозируемый вариант – 29,1 %. Помимо прочего отмечается вину самого пациента в нарушении выполнения рекомендаций врача – 41,6 %. При ответе на данный вопрос разрешалось выбрать несколько вариантов ответов.

Следствием любой допущенной врачом ошибки будет возникновение конфликтной ситуации. Среди опрошенных нами пластических хирургов 83 % признались, что попадали в подобную ситуацию. При этом, по мнению врачей (мнение пациентов по этому же вопросу будет рассмотрено ниже), причинами этого может являться: – завышенный порог ожидания результата со стороны пациента 34 %; – «конфликтный» пациент 20 %; – плохая информированность пациента о возможных осложнениях 26 %; – плохая подготовка специалистов и как следствие ошибки в диагностики и лечении 14 %; – нарушение этических норм со стороны медперсонала 8 %.

Так же 83 % из всех опрошенных пластических хирургов считают, что в последнее время возросло количество конфликтных ситуаций. Причинами роста числа конфликтных ситуаций называют: повышение требовательности пациентов к качеству оказываемых услуг 48 %; повышение юридической грамотности пациентов 45 %; снижение уровня качества медицинской помощи (услуги) 7 %.

Вариантами разрешения конфликтных ситуаций предложено: возврат денег пациенту (83 %); повторное лечение за счет лечебного учреждения (71 %); разбор на конфликтной комиссии (возможность поддержки коллегами врача) (26 %); разъяснение пациенту о его неправоте (2 %); судебное разбирательство (0 %).

На вопрос «Считаете ли Вы себя защищенным от судебных исков со стороны пациентов?» подавляющее число ответов было отрицательным (83 %), 5 % респондентов считают, что всегда смогут договориться с пациентом, 2 % считают, что врач всегда прав – значит защищен. Затрудняются ответить 10 %.

Среди опрошенных 57 % знакомы с нормативно-правовыми документами, регламентирующими отношения врача и его пациента. 81 % расценивают свои знания нормативно-правовых документов как недостаточные.

Помимо врачей – пластических хирургов были опрошены и их пациенты. Возраст которых варьировался от 26 до 67 лет, это были как женщины так и мужчины, всего 132 человека. Исследование мнения пациентов касалось причин обращения к врачам – пластическим хирургам, выбора лечебного учреждения, возможности возникновения конфликтной ситуации и путей ее разрешения, так же вопросы касались дефектов оказания медицинской помощи (услуги).

Причинами обращения в клинику 8,3 % респондентов отметили медицинские показания, 34,1 % желание помолодеть, 57,6 % «работа обязывает быть в форме».

Опрос показал, что 87,1 % респондентов изначально идут на прием к врачу – пластическому хирургу в состоянии беспокойства, 9,1 % испытывают волнение, 3,8 % человек напряжены.

Для большинства респондентов главным критерием выбора клиники оказалась реклама 59,1 % , положительные отзывы знакомых явились определяющими для 24,2 % . Остальные 16,7 % пациента клиники пользовались информацией в Интернете.

При этом 25,0 % респондентов отмечают, что критериями выбора для них являются положительные отзывы о работе клинике, 54,5 % обращают внимание на стаж и квалификацию врачей, 11,4 % солидный ремонт, 9,1 % информацию о знаменитых клиентах.

Большая часть опрошенных пациентов 87,1 % не считают себя конфликтным пациентом. Только 12,9 % признают, что могут быть конфликтными, если медицинская помощь оказывается не квалифицированно.

Опрошенные пациенты считают, что в последнее время выросло число конфликтных ситуаций. Причинами этого роста

они называют: повышение юридической грамотности населения 84,8 %, снижение качества уровня медицинской помощи 13 %, повышение требовательности пациентов к качеству предоставляемых услуг 1,5 % .

Причинами, по которым может возникнуть конфликтная ситуация между врачом – пластическим хирургом и его пациентом называют: плохая информированность пациента о возможных осложнениях 40,9 % , плохая подготовка специалистов 38,6 %, нарушение этических норм со стороны медицинского персонала 16,7 %, завышен порог ожидания со стороны пациента 3,0 %, конфликтный пациент 0,8 % .

Путями разрешения конфликтных ситуаций пациенты считают: исправление дефектов за счет врача или лечебного учреждения 58,3 %; возврат денег и обращение в другое лечебное учреждение 19,7 %; судебные разбирательства 18,2 %; обращение в Общество защиты прав потребителей 2,3 %; разбор на конфликтной комиссии 1,5 %; никто из опрошенных не готов оставить ситуацию без внимания.

При проведении анкетирования интересовало мнение пациентов о причинах возникновения дефектов и неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи. Были получены следующие ответы: недостаточная квалификация врача 40,5 %, неправильно выбранная тактика лечения 18,3 %, несоответствие установленного диагноза истинному состоянию пациента 14 %, недостаточная квалификация среднего медицинского персонала 4,7 %, нарушение в проведении выбранной методики 19,5 %, нарушение в исполнении всех рекомендаций самим пациентом 3 %.

60 % считают себя знающими нормативно-правовые документы. Среди них 47 % считают, что им необходимо дополнительное изучение указанных документов, 53 % считают свои знания достаточными.

Источниками знаний нормативно-правовых документов, регламентирующих отношения врача и пациента, были названы СМИ 78,8 %, специализированная литература 15,9 %, собственное образование 5,3 % .

Автор надеется, что результаты проделанной работы позволят уменьшить количество конфликтных ситуаций между вра-

чами (или медицинскими учреждениями) и их пациентами, а так же помогут предупредить возникновение новых профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в практике пластической хирургии.

Список литературы:

1. *1. Михеева Н. А., Баринов Е. Х. Экспертная оценка профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в практике пластической хирургии (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. 128 с.*

Об авторах

Михеева Наталья Александровна – доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Москва

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Москва

Miheeva Natalia Alexsandrovna – Associate Professor of the Department of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, candidate of medical sciences, Moscow, Russia

Barinov Evgeny Hristoforovich – Professor of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, candidate of medical sciences, Moscow, Russia

Молин Ю. А., Воронцов Г. А.

НИКОЛАЙ I: К УСТАНОВЛЕНИЮ ПРИЧИНЫ И РОДА СМЕРТИ

В статье проводятся новые данные об обстоятельствах и причине смерти Императора Николая I. Различные версии его гибели долгие годы были предметом дискуссий историков. Авторами в Российском государственном историческом архиве впервые обнаружены подлинники медицинских документов, позволяющие конструктивно завершить многолетнюю дискуссию и аргументированно обосновать наступление смерти Императора от пневмонии.

Ключевые слова: *Император Николай I; причина смерти; посмертные изменения.*

Molin Y. A., Vorontsov G. A.

NICHOLAS I: TO ASCERTAIN THE CAUSE AND KIND OF DEATH

In the article the new data on the circumstances and cause of death of Emperor Nicholas I. The various versions of his death many years been the subject of discussions of historians. The authors of the Russian State Historical Archives for the first time found the originals of medical documents that allow a constructive debate and conclude long-term arguments to justify the Emperor's death from pneumonia.

Key words: *Emperor Nicholas I; the cause of death; postmortem changes.*

Ясности в причине смерти Николая I нет. Учеными рассматриваются две версии: официальная – государь скончался от простуды, вызвавшей паралич легких; «общественная» – не выдержав поражения в Крымской войне, он покончил с собой (принял яд или сознательно «простудился») [1, 2, 3 и др.]. Историки опираясь на мемуарные сведения, склонны поддерживать версию о самоубийстве, избегая делать категорические выводы. Авторы фундаментального труда «Медицина и императорская власть в России» полагают, что вопрос о смерти Николая I остается исторической тайной [4].

Первая проблема, возникающая в связи с «загадкой смерти» Николая I, – хронологическая. Согласно официальной версии, болезнь началась 27 января 1855 года. Это подтверждается дневниковыми записями современников [5]. На простуду царь не

обратил внимания и работал в привычном ритме, сильно кашлял. 2 февраля самочувствие Николая I ухудшилось, появилось «стеснение в груди», одышка. 4-го числа, несмотря на лихорадку, государь посетил смотр войск. На следующий день он почувствовал боль в боку, кашель усилился. 5-8 февраля Николай не покидал дворца, соблюдал предписания медиков, но 9 февраля поехал на проводы батальонов, отправлявшихся на войну. С 12 февраля император не вставал с постели, приступы лихорадки сменялись сильным ознобом. 13-16 февраля мокрота приобрела гнойный характер, врачи зафиксировали воспаление нижней доли правого легкого. В мокроте появилась примесь крови [4]. 17-го усилилась лихорадка, врачи заговорили о возможности смертельного исхода. 18 февраля Николай I скончался от паралича (отека) легких. Некоторые исследователи, чтобы подчеркнуть неожиданный исход болезни императора, сокращают ее продолжительность. Это, по их мнению, подкрепляет доводы в пользу версии о самоубийстве [1, 7 и др.]. Между тем, продолжительность болезни Николая устанавливается точно – более трех недель (с 27 января по 17 февраля), прежде всего, по камер-фурьевским журналам и другим фондам РГИА.

В газетах публиковались бюллетени о состоянии императора. Бюллетени № № 1 и 2 опубликованы 18 февраля. В первом сообщалось, что 13 февраля «Его Величество заболел лихорадкой», во втором – об ухудшении состояния на 11 часов вечера 17 февраля. Опубликованный 19 февраля бюллетень № 3 говорил об «опасном» состоянии здоровья. 21 февраля вышел манифест о смерти Николая I. Задержки с публикациями объяснялись тем, что описание болезни лейб-медик М. Мандт вел на немецком языке и требовалось время на перевод. Очевидно отсутствие оперативности власти, причастное к возникновению слухов об отравлении.

По мнению сторонников версии самоубийства Николая I, к этому привели неудачи русской армии в Крыму. Оказавшись на грани нервного срыва после новостей о поражении в Евпатории, царь будто бы принял решение умереть [6]. Существовало обстоятельство, на которое практически все исследователи упорно не обращали внимание: глубочайшая религиозность царя. Самовольный уход из жизни – «смертный грех», превосходящий по

тяжести убийство, царь никогда не осмелился бы через него переступить. Следует согласиться с выводом историка А. Труайя, утверждавшего, что для самоубийства Николай I был слишком набожен [7].

Между тем, в поведении Николая I нет ничего необычного. Император относился к типу пациентов, которые пренебрегают рекомендациями врачей. В конце 1847 г. Николай «разнемогся» так, что с трудом передвигался из-за боли в суставах, но уложить его в постель не сумели. Зимой 1849 г. произошла история, повторившаяся через шесть лет: Николай простудился на маскараде в театре, и лейб-медик Ф. Каррель, несмотря на страдания больного, не мог уговорить его лечиться. Во время болезни Великого Князя Михаила Павловича (1849) царь регулярно посещал брата, превозмогая тяжелейшие приступы головной боли и тошноты. Чтобы помочь царю, его голову постоянно смачивали одеколоном и уксусом. Плановые медицинские осмотры Н. Ф. Арендта оборачивались формальностью [8].

Итак, к роковой развязке последней болезни привели два главных обстоятельства: легкомыслие Николая I в процессе лечения и халатность придворных медиков, прежде всего – Мандта, который являлся врачом, заслужившим абсолютное доверие царя. Заболеванию лейб-медик не придал должного значения, поскольку речь шла о «простуде». Между тем, исторические документы объективно подтверждают наличие в Санкт-Петербурге в то время сильной эпидемии гриппа. Заболевания протекали тяжело, с большой смертностью, обусловленной наступавшим после гриппа воспалением легких [8].

Единственное «авторское» свидетельство, говорящее в пользу версии об отравлении, – воспоминания А. В. Пеликана, внука директора Медицинского департамента В. В. Пеликана: «В день смерти Николая дед заехал по обыкновению к нам, был взволнован и говорил, что император плох, что его кончины ждут с часу на час. Вскоре после отъезда деда явился из департамента отец и объявил, что императора не стало. По словам деда, Мандт дал желавшему во что бы то ни стало покончить с собой Николаю яду…» [9]. Свидетельство А. В. Пеликана используют поклонники «суицидной версии», избегая его анализа. Между тем данный источник

нуждается в критике более других. Именно в либеральных кругах, к которым принадлежали Пеликаны, версия самоубийства получила наибольшее распространение. «Прямой речью» ее излагали А. И. Герцен и Н. А. Добролюбов. Самоубийство Николая Павловича для «прогрессивной общественности» было доказательством порочности политической системы, которой он придерживался. В дневнике А. Ф. Тютчевой есть запись: «Говорят об отравлении, уверяют, что партия, враждебная войне, хотела отделаться от императора, обвиняют Мандта, которому не доверяют, одним словом, тысячи слухов, какие часто возникают в моменты кризисов, которым верят массы, жадные до всего необычайного и страшного. Для них всё представляется возможно, кроме того, что действительно есть» [6]. Мы отвергаем возможность того, что Мандт, достигший высших должностей, лейб-медик, осведомленный о интимных сторонах жизни императора, мог решиться на глупый шаг – признаться, что помог отравиться пациенту.

Сторонники версии суицида манипулируют и обстоятельством, требующим исследования: бальзамирование императора проводилось дважды. Полковник Генерального штаба И. Ф. Савицкий объяснял интенсивное разложение тела продолжавшимся действием яда. Как и Пеликан-младший, Савицкий утверждал, что о просьбе царя «выписать» яд, ему поведал лично ... Мандт! Александр II, увидя отца обезображенным, якобы вызвал профессоров Медико-хирургической академии «Здеканера и Мяновского» и повелел им убрать признаки отравления, чтобы в надлежащем виде выставить тело для прощания. Медики подретушировали лицо, тело уложили в гроб, обложив ароматическими травами [9].

Следует заметить, что профессора Н. Ф. Здекауэр (фамилию которого исковеркал Савицкий) и И. И. Мяновский были терапевтами и бальзамированием не занимались. Признаки разложения проявились не до консервирования трупа, а после него. Интересна биография И. Ф. Савицкого – участника польского восстания 1863-1864 гг., называвшего императора «страшилищем в ботфортах с оловянными пулями вместо глаз» [9].

В дневнике А. Ф. Тютчевой дано иное толкование событий: Николай I сделал распоряжения на случай смерти и пожелал, чтобы его бальзамировали «по системе Ганоло, заключающейся в том, что делается надрез в артерии и впускается электрический ток» [6]. В записи Тютчевой есть неточность, обусловленная некомпетентностью в области медицины. Бальзамирование по системе Ганоло (Жана Ганналя – авт.) подразумевало введение в труп антисептических растворов без вскрытия тела. Грубер пунктуально следовал предписаниям этого новаторского метода, но останки императора подверглись разложению. В России к середине XIX века успешно применялись лишь способы бальзамирования, связанные с вскрытием тела и освобождением его полостей от внутренних органов [10]. Следует заметить, что прощание с императором происходило в небольшом помещении, где скапливалось много народа, желавшего проститься с царем, и стояла нестерпимая жара [6].

На поиск архивов, объясняющих обстоятельства смерти Николая I, были направлены усилия нескольких поколений исследователей. Но только недавно поиск увенчался успехом! Возможно, эти интереснейшие документы не удавалось найти ввиду того, что тоненькие в невзрачных обложках архивные дела с индифферентным названием находились не в фонде 468 (Кабинет Его Императорского Величества), где сосредоточены личные документы членов Дома Романовых [11, 12], а в фонде 472 (канцелярия Министерства императорского двора). Приводим первый из документов [13].

«1855 года февраля 19 дня в девять часов по полудни мы нижеподписавшиеся, по Высочайшему повелению собрались в присутствии Господина Министра Императорского Двора для бальзамирования тела в Бозе усопшего Государя Императора Николая Павловича. По предварительном наружном осмотре тела, на котором мы не нашли никаких особенных знаков (выделено авторами), за исключением изменения кожи от приложения пластыря шпанских мух на двух местах: на верхней правой стороне груди и под нижним углом правой лопатки, и красноты кожи на боковых частях лба и на висках от предшествовавшего частого прикладывания ароматического спирта, приступлено было к бальзамированию тела, которое исполнили под нашим надзором Императорской Медико-хирургической Академии Прозекторы Грубер и Шульц по усовершенствованному способу Ганаля.

Доктор Ф. Карелль, лейб-медик М. Мандт, лейб-медик М. Маркус, лейб-хирург И. Енохин, лейб-медик Э. Рейнгольд»

Внизу листа еще один автограф: «При сем присутствовал и вышеизложенное свидетельствую, Министр Императорского Двора Граф Адлерберг».

О том, что происходило дальше, свидетельствует еще один ранее неизвестный документ. В архивном деле РГИА, озаглавленном «О рассмотрении Акта бальзамирования тела в Бозе Почившего Императора Николая Павловича и о награждении некоторых лиц за труды по бальзамированию тела» [14] авторами обнаружены 2 листа тонкой бумаги, с трудночитаемым текстом, исполненным, частично, по-немецки, частично – по-латыни. Сложность дешифровки заключается в том, что применен старонемецкий шрифт. Оригинальный перевод, выполненный авторами, опубликован ранее [15].

Со всей ответственностью можно констатировать: вскрытия тела государя не было потому, что для консилиума врачей (из них 4 профессора), осматривавших тело государя, не было никаких сомнений о причине смерти – воспалении легких. Это обосновывалось типичностью развития постгриппозной пневмонии с классической клинической симптоматикой. Руководства по судебной медицине указывают, что и при наружном осмотре можно обнаружить признаки отравления: необычность окраски кожных покровов и слизистых оболочек, ускорение или замедление в развитии трупного окоченения, необычный цвет трупных пятен, расширение или сужение зрачков, инородный запах и необычные выделения из дыхательных и иных путей. Таким образом, для нарушения пожелания Государя об отказе от полного вскрытия оснований не было.

Реакция Александра II на неудачные манипуляции с телом покойного императора последовала мгновенно. Министр Императорского Двора потребовал от Директора медицинского департамента собрать лучших специалистов и поручить им рассмотреть акт бальзамирования, о заключении уведомить для доклада Императору. Таким образом, мы имеем дело со своеобразной комиссионной экспертизой врачебного дела «прозекторов»…

Комиссией в составе профессоров Пеликана, Заблоцкого, Зинина, Ракицкого, Нарановича были изучены акт осмотра тела, протокол бальзамирования, рецепты, оформленные Грубером, по которым из придворной аптеки были отпущены растворы для бальзамирования. 25 февраля 1855 г. Комиссия пришла к выводу, что «…так как внутренности оставлены неприкосновенными, к бальзамированию же приступлено спустя значительное после смерти время, то употребленный прозекторами способ мы считаем… соответствующим состоянию науки…» [14]. П. А. Наранович высказал отдельное мнение. Оценка этого блестяще построенного документа заслуживает отдельной статьи. Ограничимся отрывком, дающим представление о принципиальности и высочайшем анатомическом уровне П. А. Нарановича: «…открыть разрезом всю переднюю часть шеи с ключицами до хода глубоких жил с обеих сторон, разрезавши при этом множество кровяных жил разной величины, влить потом жидкость в сонную артерию, значит черпать воду решетом – жидкость тут же выливается назад…». Заключение было убийственным для Грубера и Шульца: «…неудачу бальзамирования тела… следует приписать: 1) незнанию дела и неопытности в анатомических работах, и вероятно, 2) неудачной смеси употребленных для работы химических составов…». Было решено произвести повторное бальзамирование, при этом руководство работ возложить на П. А. Нарановича. Документов о выполненных мероприятиях нет, известно лишь, что они производились уже в помещении Петропавловского собора, когда прекращался впуск прощавшихся. Процесс гнилостной трансформации был остановлен, но, увы, стал одним из оснований суждения об отравлении.

Суммируя информацию из документов, изложенных выше, можно утверждать следующее. Угнетенное состояние императора, о котором так много писали современники, совсем не свидетельствует в пользу версии о суициде. Такие психические реакции постоянно наблюдаются при заболеваниях, сопровождающихся общей интоксикацией, например, при вирусных инфекциях, в том числе гриппе, осложнившемся воспалением легких, которое незадолго до смерти перенес Николай I. Яркие и бесспорные признаки тяжелой, закономерно прогрессировавшей

пневмонии описаны настолько четко, что не могут вызвать сомнение в диагнозе у любого врача. Быстрое развитие гнилостной трансформации трупа также характерно для смерти от заболевания с массивным микробным поражением внутренних органов (в данном случае, легких). Таким образом, с обнаружением новых архивных документов дискуссию о причине и роде смерти императора можно считать завершенной.

Список литературы:

1. *Горелова Л. Е. Легенды о смерти Николая I || Российский медицинский журнал. Т. 13. № 22. 2005. С. 1506-1508.*
2. *Зимин И. В. Медики и самодержцы: загадка смерти Николая I || Отечественная история. 2001. № 4. С. 57-64.*
3. *РГИА. Ф. 472. Оп. 9. Д. 5. 1855г.*
4. *Медицина и императорская власть в России | под ред. Г. Г. Онищенко. М.: Прогресс, 2008.*
5. *Блудов Д. Н. Последние дни жизни Императора Николая Первого. М., 1992.*
6. *Тютчева А. Ф. При дворе двух императоров. Тула, 1990.*
7. *Труайя А. Николай I. М., 2002.*
8. *Молин Ю. А. Романовы. Давно забытые черты… СПб.: Logos, 2009.*
9. *Соловьев П. К. Евпатория в легких. К загадке смерти Николая I || Вопросы истории. № 9. 2008. С. 109-121.*
10. *Бальзамирование и реставрация трупов: Руководство [Кузнецов Л. Е. и др.]. – М. ,1999.*
11. *Молин Ю. А. Судебно-медицинские аспекты убийства Александра II || Скорая медицинская помощь. № 1. 2008. С. 72-74.*
12. *Молин Ю. А., Воронцов Г. А. Забытое имя в истории России: герцог Максимилиан Лейхтенбергский || Медицинская экспертиза и право. № 6. 2012. С. 53-55.*
13. *РГИА. Ф. 472. Оп. 35(13| 980). Д. 12. 1855 г.*
14. *РГИА. Ф. 479. Оп. 1. Д. 741. 1855 г.*
15. *Молин Ю. А., Воронцов Г. А. Император Николай I: заключительный диагноз. Судебно-медицинская экспертиза. № 6. 2012. С. 60-64.*

Об авторах

Молин Юрий Александрович – ГКУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области, Санкт-Петербург, Заместитель начальника Бюро по экспертной работе, заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук. expertfm@mail. ru

Воронцов Георгий Александрович – ГКУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области, Санкт-Петербург, заведующий отделением

Molin Yuri Alexandrovich – Bureau of Forensic Medicine of the Leningrad region, St. Petersburg

Vorontsov George Alexandrovich – (Bureau of Forensic Medicine of the Leningrad region, St. Petersburg)

Низамов А. Х., Газизянова Р. М., Тимерзянов М.И., Хасанова Г. Р.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ С УЧЕТОМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Статья посвящена актуальным вопросам оказания стоматологической помощи детскому населению в условиях амбулаторного приема. Предложены организационно-правовые мероприятия по предупреждению дефектов оказания медицинской помощи детскому населению при стоматологических заболеваниях с учётом анализа судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам».

Ключевые слова: *оказание медицинской помощи при стоматологических заболеваниях; судебно-медицинская практика.*

Nizamov A. H., Gazizyanova R. M., Timerzyanov M. I., Hasanova G. R.

SOME ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF DENTAL CARE OF CHILD POPULATION IN VIEW OF FORENSIC PRACTICE

The article is devoted to topical issues of dental care of child population in conditions of outpatient treatment. The authors offered organizational and legal measures to prevent defects of medical care of child population, in view of the analysis of forensic experience of «doctor's cases».

Keywords: *children's dental diseases; forensic practice.*

Ежегодная обращаемость за детской стоматологической помощью в России остается на высоком уровне и имеет тенденцию роста, что обусловлено как растущей рождаемостью, так и широким распространением заболеваний зубов и полости рта среди населения детского возраста – кариес зубов и его осложнения, острые гнойные воспалительные заболевания, аномалии прикуса и положения отдельных зубов, травматические поражения, заболевания слизистой оболочки полости различной этиологии и др. [4, 5]. Количество проведенных в ГАУЗ «РБСМЭ МЗ РТ» комплексных (комиссионных) экспертиз по стоматологии занимает 3-е место после акушерства и хирургии, и имеет тенденцию роста [6]. Анализ судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях в детской стоматологии показывает, что выявленные осложнения во время оказания медицинской помощи часто имеют организационный характер, в том числе ввиду отсутствия утвержденных законодательством регламентов (алгоритмов) действий стоматолога и прочего персонала, а также медико-технологических стандартов, построенных в соответствии с современными системами менеджмента качества.

Детский стоматологический амбулаторный прием, являясь самым частым видом оказания стоматологической помощи детскому населению, имеет ряд особенностей, связанных с:

- ✓ неконтролируемым страхом детей перед и во время врачебных манипуляций;
- ✓ эмоциональной напряженностью детей, часто связанной с предыдущим отрицательным опытом общения с медицинскими работниками (периодические врачебные осмотры, забор крови, профилактические прививки и др.);
- ✓ отсутствием мотивации у ребенка для прохождения лечения у стоматолога;
- ✓ невозможностью осознанного контроля телодвижений со стороны ребенка, что обуславливает необходимость обеспечения неподвижности и спокойного пребывания ребенка в кресле стоматолога во время манипуляций, особенно с острым, режущим инструментарием;
- ✓ частыми вегетативными реакциями (рвота, мочеиспускание и т.п.);
- ✓ запущенностью основных стоматологических заболеваний у детей (кариес и его осложнения, зубочелюстные аномалии) в связи с низким гигиеническим воспитанием, особенностями культуры питания (рафинированная пища, избыток углеводов, недостаточное употребление жесткой пищи и др.);
- ✓ отсутствием специальных государственных программ по гигиеническому воспитанию населения и обязательных ежегодных профилактических стоматологических осмотров детского населения, а иногда и безответственным отношением родителей к здоровью своих людей.

Одними из основных нормативно-правовых актов, регулирующих оказание стоматологической помощи в России, являются:

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

- ✓ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»;
- ✓ Приказ Минздрава России от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями»;
- ✓ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» и др.

Несмотря на множество регламентирующих стоматологическую деятельность нормативно-правовых актов, до сих пор остаются недоработанными организационные аспекты оказания медицинской помощи в свете законного их разрешения, а именно:

- ✓ необходимость обязательного проведения качественного и атравматичного обезболивания до начала связанных с оказанием медицинской помощи манипуляций, которые могут повлечь возникновение болевых ощущений и несогласованных движений ребенка с высоким риском причинения телесных повреждений острыми и режущими предметами;
- ✓ отсутствие четкой регламентация условий проведения общей анестезии при множественном осложнении кариеса у детей до 3-х лет, а также иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей независимо от возраста (п.19 Приказа МЗРФ от 13.11.2012г.№910н);
- ✓ отсутствие в обязательном стандарте оснащения и порядке оказания детской стоматологической помощи средств, предусматривающих возможность обеспечения неподвижности, релаксации ребенка в момент оказания медицинской помощи путем фиксации различными способами и др. – без ущемления прав ребенка, а также использование специальных средств (коффердам, роторасширители и др.), позволяющих обеспечить безопасность жизни и здоровья ребенка во время лечения;
- ✓ отсутствие в штате необходимого количества специалистов профилактической направленности (детский психолог, врач-гигиенист, логопед и пр.), а также необходимость выделение дополнительного времени штатным врачам – стоматологам для проведения разъяснительной работы среди родителей, повышения мотивации детей на лечение зубов и дачи рекомендаций по дальнейшей тактике санации полости рта ребенка [3];
- ✓ отсутствие регламента общения с родителями и детьми, в т.ч. речевого алгоритма для всех сотрудников учреждения здравоохранения, разработанного с привлечением педагогов, психологов, юристов и других специалистов с учетом возрастных особенностей детей;
- ✓ необходимость создания и обеспечения доступа врачей стоматологов к единой базе данных детского населения региона, содержащей полные сведения о здоровье, в т.ч. сигнальной информации (аллергические реакции, заболевания крови, диспансерный учет и др.);
- ✓ отсутствие единой формы информированного добровольного согласия при оказании терапевтической и хирургической стоматологической помощи, предусматривающей четкое разграничение ответственности при недолжном исполнении врачебных рекомендаций ребенком и родителями, осложнений ввиду несанкционированных действий ребенка во время приема врача и т.п.;
- ✓ отсутствие повсеместного внедрения современных систем менеджмента качества (например, ISO 9001), с проработкой медико-технологических стандартов, процессного подхода при планировании и осуществлении основной деятельности стоматологических учреждений [1, 2].

В связи с изложенным в целях повышения качества детской стоматологической помощи, снижения риска возникновения осложнений, уменьшения количества судебных разбирательств, считаем необходимым реализацию мер по следующим направлениям:

Общеорганизационные:

- ✓ внедрение в учреждениях здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь детскому населению, современных систем менеджмента качества;
- ✓ разработка нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы организации лечебно-профилактического процесса (обязательные стандарты оснащения стоматологи-

ческих учреждений, проработка регламентов и алгоритмов действий врачей, среднего персонала, немедицинского персонала на всех этапах оказания медицинской помощи), обеспечения безопасности ребенка при врачебных манипуляциях, информированного согласия на лечение и пр.;

- ✓ включение в штат учреждений дополнительных специалистов – детских психологов, гигиенистов, логопедов и пр.;
- ✓ использование средств, повышающих комфортность и расслабление детей – вкладывание в наружные слуховые проходы «берушей», представление возможности просмотра любимых мультфильмов в период ожидания приема и в процессе лечения – в наушниках, удобное расположение телевизора для просмотра в положении лежа (полулежа) в кресле и т.д.

При оказании терапевтической стоматологической помощи:

- ✓ защита кожи лица, а также тканей и органов полости рта путем применения специальных ограничителей, защитных средств (внесение их в стандарты оснащения);
- ✓ обеспечение права ребенка на качественное атравматичное обезболивание (включение расходов на современные высококачественные анестетики в программу госгарантий, обезболивание независимо от болезненности до начала манипуляции) и др.;

При оказании хирургической стоматологической помощи:

- ✓ применение высококачественных, аллергологически безопасных анестетиков, атравматичное их применение;
- ✓ четкая рекомендация по применению шприцев с иглами определенного диаметра сечения при обезболивании и др.

Принятие данных мер, по мнению авторов, должно изменить в лучшую сторону процесс оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями.

Список литературы:

1. *ГОСТ Р ИСО 9000-2008 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.»(утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 декабря 2008 г. № 470-ст). М.: Стандртинформ, 2009.*
2. *ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждении здравоохранения». М.: Стандртинформ, 2009.*

3. *Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство/ под ред. В. К. Леонтьева. Л. П. Кисельниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.*
4. *Стоматологическая заболеваемость населения России [Кузьмина Э.М. и др.]. М.: МГМСУ, 1999. 236 с.*
5. *Кузьмина Э.М., Кузьмина И.Н., Петрина Е.С. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. | Под ред. проф. Янушевича О.О. М. 2009. 236 с.*
6. *Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2014 году [Тимерзянов М.И. и др.]. Казань, 2015. 108 с.*

Об авторах

Низамов Алмаз Халитович – врач – стоматолог-хирург, ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №2» г. Казань; врач организационно-методического отделения ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Казань.

Газизянова Розалия Мунировна – врач – судебно-медицинский эксперт, заместитель начальника ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан» по организационно-методической работе, кандидат медицинских наук, Казань.

Тимерзянов Марат Исмагилович – врач – судебно-медицинский эксперт, начальник ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан», кандидат медицинских наук, Казань.

Хасанова Гульшат Рашатовна – врач – инфекционист, заведующая кафедрой эпидемиологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, Казань.

Nizamov Almaz Halitovich – dentist-surgeon, Children's Dental Clinic №2 of Kazan; doctor of organizational and methodical department, Republic Bureau of Forensic Medicine of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan.

Gazizyanova Rosalia Munirovna – expert in forensic medicine, Deputy chief of organizational and methodical work, Republic Bureau of Forensic Medicine of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, , PhD, Kazan.

Timerzyanov Marat Ismagilovich – expert in forensic medicine, Chief of Republic Bureau of Forensic Medicine of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, PhD, Kazan.

Hasanova Gulshat Rashatovna – infectiologist, Head of the Department of Epidemiology, Kazan State Medical University, MD, PhD, Kazan.

Плетянова И. В., Спиридонов В. А.

ПРОБЛЕМА РАЗНЫХ ВЫВОДОВ КОМИССИОННЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В АКУШЕРСТВЕ

В статье представлена проблема разных подходов экспертных комиссий в решении поставленных вопросов в случаях производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» на примере случая оказания медицинской помощи в акушерской практике.

Ключевые слова: комиссионные судебно-медицинские экспертизы по «врачебным делам» в акушерской практике.

Pletyanova I. V., Spiridonov V. A.

PROBLEM DIFFERENT CONCLUSIONS EXAMINATIONS COMMISSION ON «MEDICAL CASES» IN OBSTETRICS

The article presents the problem of different approaches of expert commissions in solving problems in cases of production fees forensic examinations on «medical cases» in the case of medical care in obstetric practice.

Keywords: Commission of forensic medical examination «medical cases» in obstetric practice.

Анализ работы ГСЭУ РФ свидетельствует о том, что в последние годы отмечается увеличение количества комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи населению. В области акушерства и гинекологии такие экспертизы по-прежнему занимают одно из первых мест среди других врачебных специальностей [1-3].

В ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России находилась в производстве повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза по материалам гражданского дела, назначенная судом апелляционной инстанции. Судебной коллегией было установлено, что в материалах дела имеются несколько противоречащих друг другу экспертных заключений, принятых в качестве доказательств судом первой инстанции, что и явилось поводом для назначения повторной экспертизы.

Из материалов дела известно, что беременная Г., 1984 г.р. с неотягощенными соматическим и акушерско-гинекологическим

анамнезами, находилась на учете в женской консультации, прошла необходимый минимум клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. В течение беременности каких-либо осложнений, за исключением анемии I степени, у Г. не имелось. 24.02.2008 г. в 21 час 50 мин поступила в родильное отделение ЦРБ, в которой был установлен диагноз «Беременность 38-39 недель. Отеки беременных», запланированы консервативные роды.

Начало первого периода родов зафиксировано 25.02.2008 г. в 01 час 50 мин, имели место регулярные (через каждые два часа) осмотры и наблюдения за состоянием Г. и плода. Осмотры (в том числе влагалищные) проводились акушеркой. Родовая деятельность, состояние плода – без особенностей. Первый врачебный осмотр в истории родов зафиксирован в 07 час 50 мин. Схватки хорошей силы, дискоординации родовой деятельности нет, плодный пузырь цел. План ведения родов не менялся.

Таким образом, согласно записям в истории родов, состояние роженицы и плода – удовлетворительное. Длительность первого периода родов – 9 час 10 мин. Второй период родов начался в 11 час 00 мин и длился 20 минут, во время которого у Г. самостоятельно отошли светлые околоплодные воды, во врачебных записях описана нормальная потужная деятельность, сердцебиение плода не страдало. Однако, несмотря на нормальное физиологическое (по записям) течение второго периода родов, роженице Г. в 11 час 10 мин начали внутривенное введение лекарственных средств, применяемых в акушерстве для коррекции родовой деятельности (окситоцин) и для повышения снабжения плода кислородом (глюкоза и аскорбиновая кислота). Согласно материалам дела, в родильный зал был экстренно приглашен хирург для решения вопроса о завершении родов оперативным путем. При осмотре Г. хирургом было установлено, что имелось вставление головки в малый таз и, соответственно, проведение оперативного вмешательства на данном этапе было невозможным.

Согласно записям в истории родов второй период протекал без осложнений, на 18 минуте выполнена эпизиотомия в связи с угрозой разрыва промежности. Роды завершились 25.02.2008 г. в 11 час 20 мин рождением девочки с опасным для жизни состоянием (по шкале Апгар 0-6 баллов), обусловленным острой интранатальной

гипоксией тяжелой степени (асфиксией), травмой шейного отдела позвоночника, которые в дальнейшем осложнились перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС).

Мать ребенка обратилась в СУ СК при прокуратуре РФ, по поводу данного случая была начата проверка, в рамках которой было проведено комиссионное судебно-медицинское исследование, на основании которого возбуждено уголовное дело по обвинению врачей по ч. 2 ст. 118 УК РФ. Постановлением районного суда от 10.11.2010 г. вышеуказанное уголовное дело прекращено в связи с истечением срока давности уголовного преследования. В феврале 2011 года истица Г. обратилась в суд с просьбой взыскать с ответчика в счет компенсации морального вреда 500000 рублей.

По данному случаю в течение четырех лет было выполнено 5 комиссионных судебно-медицинских экспертиз и исследований.

При первом исследовании, назначенном в одно из ГСЭУ в рамках материалов проверки, были установлены дефекты оказания медицинской помощи (ДОМП) во время родовспоможения, находящиеся в причинной связи с рождением новорожденного в тяжелом состоянии: наблюдение беременной Г. акушеркой; бесконтрольное, необоснованное введение окситоцина, без учета индивидуальной чувствительности к препарату, возможно приведшей к стремительным родам. Выводы первой экспертной комиссией были изложены в эпикритическом стиле, без четкой структуры по ДОМП, кроме того, индивидуальная чувствительность к препарату была высказана в предположительной форме. Тем не менее, на основании указанного комиссионного судебно-медицинского исследования было возбуждено уголовное дело, в рамках которого в том же ГСЭУ уже была выполнена комиссионная судебно-медицинская экспертиза, выводы которой были идентичны выводам первого исследования.

В третий раз, спустя полтора года, комиссионная судебно-медицинская экспертиза была назначена уже в рамках гражданского судопроизводства в другое ГСЭУ. Перед экспертной комиссией были поставлены вопросы, большая часть из которых отличалась от вопросов к предыдущей комиссии и была направлена на выяснение показаний к применению окситоцина и на «индивидуальную чувствительность» к нему роженицы Г. Специфичность вопросов здесь обусловлена предположительной формой предыдущих выводов, их нечеткостью, отсутствием выделения главной, основной линии. На всю указанную группу так называемых «побочных», второстепенных и уводящих от истины вопросов были даны подробные ответы со ссылками на специальную литературу. ДОМП при родовспоможении Г. данной экспертной комиссией не выявлено, обоснованием выводов об отсутствии ДОМП являлся тот факт, что в медицинской документации не было сведений об осложненных родах, об острой гипоксии плода; все записи в истории родов отображали нормальное физиологическое течение родов. В связи с тем, что выводы 3-й экспертизы свидетельствовали о правильном и своевременном оказании медицинской помощи, а у ребенка Г. имело место тяжелое перинатальное поражение ЦНС, судом была назначена дополнительная экспертиза с уточняющими и конкретизирующими вопросами в то же ГСЭУ. Выводы 4-й экспертной комиссии были идентичны выводам ранее проведенной 3-й судебно-медицинской экспертизы.

Соответственно, на основании полученных «Заключений эксперта» в рамках гражданского процесса, исковые требования Г. удовлетворены не были. Однако, судом апелляционной инстанции было установлено, что в материалах дела имеются несколько противоречащих друг другу экспертных заключений, принятых в качестве доказательств судом первой инстанции, это явилось поводом для назначения повторной 5-й по счету комиссионной судебно-медицинской экспертизы в третье ГСЭУ.

Экспертная комиссия пришла к выводу, что в изученных материалах дела и медицинской документации имеются неустранимые противоречия. В истории родов записи свидетельствуют о регулярных динамичных осмотрах роженицы Г., а также о том, что динамика родовой деятельности была нормальной, без каких-либо патологий любой степени серьезности. При таком родовом процессе, который описан в истории родов Г. (так же как и в медицинской литературе при описании физиологических родов), не требуется назначения препаратов, корректирующих родовую деятельность, повышающих снабжение плода кислородом, не требуется экстренного вызова хирургической бригады для решения вопроса о завершении родов оперативным путем, а

исход таких родов не может быть завершен рождением новорожденного в крайне тяжелом, критическом состоянии, в состоянии асфиксии с травмой шейного отдела позвоночника. Поэтому комиссия экспертов не смогла считать записи в истории родов Г. о состоянии плода и сократительной активности матки (начиная с конца первого периода родов и последующие) достоверными и истинными, объективно отражающими реальный процесс родовой деятельности роженицы Г.

На основании в полном объеме проведенного ретроспективного анализа представленных материалов дела и медицинских документов, последней комиссией были установлены и четко структурированы ДОМП, находящиеся в прямой причинно-следственной связи с рождением у Г. новорожденного в тяжелом, угрожающем жизни состоянии:

1. Дефект диагностики – отсутствие динамического объективного контроля за состоянием плода и сократительной активности матки, что привело к отсутствию диагностики слабости родовой деятельности, и нарастанию явлений острой гипоксии плода.

2. Дефект лечения – неправильное родовспоможение – несвоевременное начатое лечение слабости родовой деятельности и нарастающей острой гипоксии плода, неправильное применение акушерского пособия.

Анализ данного наблюдения показывает, что по одному клиническому случаю имеются разные по своей сути выводы трех экспертных комиссий, что можно объяснить:

1. Разным подходом к разбираемой клинической ситуации врачей акушеров-гинекологов, принимавших обязательное участие в составе всех экспертных комиссий. Безусловно, данный случай можно отнести к сложным в акушерстве, и каждый акушер, в зависимости от пройденной акушерской школы, от своей личной практики, может по-своему оценивать тактику ведения родов. На сегодняшний день основным нормативным правовым документом, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии является Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением

использования вспомогательных репродуктивных технологий)», вступивший в силу с 05.05.2013 г, который охватывает большинство акушерских и гинекологических патологий (конкретных нозологических единиц, синдромов и симптомов). Однако, в отношении сложных клинических акушерских ситуаций иногда невозможно однозначное применение указанного Приказа.

2. Разные по своей концепции экспертные подходы. Неоднократно мы сталкиваемся с тем, что в сложных акушерских случаях, особенно заканчивающихся неблагоприятно, история родов бывает скорректирована, а иногда и полностью переписана. Практические эксперты должны это знать и предвидеть, и в полной мере применять ретроспективный анализ на наличие противоречий между материалами дела, исходом и медицинскими документами.

Отсутствие единого подхода, утвержденных методик производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанных с ненадлежащим оказанием (неоказанием) медицинской помощи, производство экспертиз по «врачебным делам» без учета особенностей тех или иных видов юридической ответственности, отсутствие «обратной связи» между следствием (судом) и судебно-медицинской экспертизой – на сегодняшний день это основные актуальные вопросы современной судебно-медицинской экспертной практики в отделах сложных и повторных экспертиз.

Вышеизложенное требует дальнейшего мониторинга и выработки конкретных предложений по совершенствованию комиссионных судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам.

Список литературы

1. *К проблеме проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оказанием медицинской помощи в акушерстве и неонатологии [Пашинян Г.А. и др.] || Медицинское право. 2009. № 3. С. 44-47.*
2. *Ковалев А.В., Плетянова И.В., Фетисов В.А. Пределы экспертной компетенции в оценке нарушений требований ведомственных нормативных правовых документов при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в уголовном судопроизводстве || Судебно-медицинская экспертиза. 2014. №5. С. 21-23.*

3. *Шмаров Л.А., Плетянова И.В. Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с недостатками оказания медицинской помощи, выполненных в ФГБУ «РЦСМЭ» МЗ РФ || Актуальные вопросы судебной медицины и медицинского права: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. С. 350-352.*

Об авторах

Плетянова Ирина Валерьевна – судебно-медицинский эксперт отделения судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Спиридонов Валерий Александрович – главный специалист по судебно-медицинской экспертизе МЗ РТ, заместитель начальника по экспертной работе ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО «Казанского государственный медицинский университет», доцент, доктор медицинских наук, Казань.

Pletyanova Irina Valerievna – medical examiner Department of forensic medical examinations in cases of professional offenses of medical workers of the Russian center of judicial medical expertise of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow

Spiridonov Valery Aleksandrovich – chief specialist of forensic medicine Ministry of health, the Deputy chief expert on the work of SAHI «Republican Bureau of forensic medical expertise of the Ministry of health of the Republic of Tatarstan, head of the Department of forensic medicine of the medical faculty sbei HPE «Kazan state medical University, Professor, doctor of medical Sciences, Kazan.

Повзун С. А.

О НЕОБХОДИМОСТИ ВЫРАБОТКИ ОФИЦИАЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ «ДЕФЕКТ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Система контроля качества медицинской помощи предполагает выявление дефектов, допускаемых при ее оказании, однако официального определения понятия «дефект в оказании медицинской помощи» не существует, что делает невозможным их статистический учет и создает предпосылки к разной юридической оценке одних и тех же ситуаций. Приводится критический анализ опубликованных в медицинской литературе определений данного понятия. Указывается на необходимость выработки официального определения понятия дефекта в оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: *дефект в оказании медицинской помощи, отсутствие официального определения понятия.*

Povzun S. A.

ABOUT NECESSITY OF CREATION OF OFFICIAL DEFINITION OF THE TERM «DEFECT OF MEDICAL CARE»

Detection and analysis of defects of medical care is the part of the system of medical care control. Absence of official definition of the term «defect of medical care» does impossible of its statistical account and creates prerequisites for different legal assessment of the same medical cases. Here there is done the critical analysis of definitions of the discussed term published in medical literature. The necessity of creation of official definition of the term «defect of medical care» is noted.

Keywords: *defect of medical care, absence of the official definition of the term.*

Одной из задач, решаемых органами здравоохранения, является совершенствование качества оказания медицинской помощи населению. Существенным для реализации этой задачи является выявление дефектов в оказании медицинской помощи (ДМП), что входит в обязанности патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, членов врачебных комиссий и других специалистов. Парадокс заключается в том, что официального определения понятия ДМП ни в одном официальном документе нет за исключением «Методических указаний по работе комиссии по изучению летальных исходов…» [1], выпущенных Министерством обороны, которые для специалистов гражданского здраво-

охранения и юристов официальным документом не являются. В «Медицинской энциклопедии» нет даже такой рубрики.

В учебниках, пособиях и журнальных публикациях встречаются приводимые авторами различные определения ДМП, которые по количеству и различному содержанию уступают разве что определениям понятия «ятрогения». Сформулированные лицами с медицинским образованием, с юридической точки зрения и с позиций логики практически все эти формулировки небезупречны. Отсутствие единого взгляда на то, что следует считать ДМП, нередко ведет к неправильной экспертной оценке конкретной медицинской ситуации, в том числе противоречащим друг другу оценкам разными экспертами одного и того же случая, невозможности полноценного анализа и статистического учета ДМП, неоправданным административным решениям, повторным судебным слушаниям и судебно-медицинским экспертизам.

Рассматриваемые далее встречающиеся в медицинской литературе определения понятия ДМП, сознательно приводятся нами без ссылок на их авторов, поскольку критические замечания относятся не к ним как к специалистам, а к предлагаемым ими формулировкам.

Одним из ключевых моментов в определении понятия ДМП является то, что оно не должно быть сопряжено, как у некоторых авторов, с понятием о некачественной медицинской помощи. Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [2] в ст. 2 рассматривает в числе одной из непременных составляющих качественной медицинской помощи «степень достижения запланированного результата». Получается, что если последняя не достигнута, то это ДМП? Но медицинская наука и существующие технологии не совершенны, течение болезни не всегда предсказуемо, пациент может не выполнять назначенных лечебных рекомендаций и т.п. Очевидно, что при таком определении ДМП работа лечебных учреждений и органов юстиции окажется парализованной из-за необоснованных претензий и исков со стороны пациентов или их родственников.

Нельзя признать корректным определение ДМП как «ненадлежащего осуществления диагностики, лечения больного, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства».

Во-первых, сложно провести грань между исходом заболевания у больного и исходом медицинского вмешательства. Во-вторых, объективно неправильное лечение может просто никак не повлиять на течение заболевания, что нельзя считать реальным или потенциально неблагоприятным исходом такого лечения. Наконец, у больного может наступить улучшение состояния вопреки неправильным диагностике и лечению, при этом такие действия медработника все равно должны расцениваться как ДМП.

Это же касается и попыток ряда авторов в качестве критерия ДМП рассматривать наступление вреда здоровью.

Понятие ДМП не должно связываться с «неблагоприятными последствиями диагностических мероприятий». А если, скажем, специалист УЗИ приводит описание формы и размеров селезенки, которая у больного, оказывается, удалена несколько лет назад, то это уже перестает быть дефектом диагностики, раз диагностическая ошибка не имела неблагоприятных последствий? Неблагоприятные последствия могут возникать и после правильно и по показаниям проведенных диагностических или лечебных мероприятий, что должно рассматриваться как несчастный случай, но не как ДМП. Кроме того, неблагоприятные последствия диагностических и лечебных мероприятий бывают связанными с техническим несовершенством или браком используемых устройств или медицинских изделий, что является предметом рассмотрения врачебной комиссией, но не должно расцениваться как ДМП.

Типичной ошибкой некоторых авторов является смешение понятий ДМП и причины ДМП. «Из тактических дефектов наибольшее количество зафиксировано в виде неправильной оценки статуса и неправильного прогноза течения заболевания или патологического состояния». В данном случае неправильная оценка статуса больного свидетельствует о недостаточной квалификации врача (причина ДМП), повлекшей неправильное лечение, которое и является ДМП. То же касается и оказания помощи врачом, не имеющим соответствующего сертификата. Диагностика и лечение были или правильными, или неправильными, а неправомочность с юридической точки зрения действий врача не является ДМП, если эти действия были объективно правильными.

Определение ДМП нельзя связывать, как это предлагают некоторые судебно-медицинские эксперты, с добросовестностью действий медицинского работника. «ДМП – это ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, обусловившее неправильную диагностику, лечение больного и повлекшее неблагоприятный исход». Врач мог выполнить все необходимые в данной ситуации диагностические исследования, но в силу недостаточной квалификации или объективных трудностей диагностики не суметь правильно оценить их результаты. Тем более, что «добросовестность» – термин юридический, и решение, добросовестными ли были действия того или иного человека, не входит в компетенцию медицинских специалистов.

Нельзя согласиться и с определением ДМП как «нарушения лечебно-диагностического процесса, … лекарственного обеспечения на одном или нескольких этапах оказания медицинской помощи…», поскольку никаких строгих установок в отношении лекарственного обеспечения лечебного процесса не существует. То же самое касается и определения ДМП как «действия или бездействия врача…, которое способствовало или могло способствовать… неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения и неудовлетворенности потребителей медицинской помощи». Нельзя ставить врача в зависимость от экономических соображений, исходя из которых, оптимальным было бы лечить больных «добрым словом и ласковым взглядом». Тем более, не неудовлетворенному пациенту, которому «всегда помогали капельницы», решать, адекватной ли была оказанная ему помощь.

Некорректно рассматривать ДМП как «несоответствие оказанной помощи состоянию здоровья пациента». На наш взгляд, нужно говорить лишь о помощи, необходимой на данном этапе госпитализации (обращения за медицинской помощью), иначе незамененный больному с перфоративной язвой желудка тазобедренный сустав, несанированная полость рта, невыполненные коронарография, стентирование артерий и т.п. могут расцениваться как ДМП и служить основанием для претензий со стороны «неудовлетворенных» пациентов.

Признаком ДМП не может быть «создание условий и повышение риска для возникновения нового патологического процесса», поскольку и при правильном с современных научных позиций лечении, например, при применении глюкокортикоидов, возникают такие условия.

Если говорить о том, в должном ли объеме была оказана медицинская помощь, то в определении понятия ДМП должна звучать фраза «при отсутствии объективных причин, препятствующих адекватному оказанию этой помощи».

О ненадлежащем оказании медицинской помощи как критерии ДМП следует говорить при проведении лечебно-диагностических мероприятий, не соответствующих принципам оказания медицинской помощи, регламентированных стандартами, порядками оказания медицинской помощи, общепринятыми протоколами, методическими указаниями, а также описанными в современной научной литературе подходам к диагностике или лечению тех или иных заболеваний.

Дефекты медицинской документации, по нашему мнению, должны рассматриваться отдельно от ДМП.

Сложным и нуждающимся в решении является также вопрос о ДМП при оказании врачебной косметологической помощи, поскольку обращающиеся за ней лица не всегда являются больными.

По нашему мнению, оптимальное и недопускающее различных толкований определение понятия ДМП может быть выработано в рамках «круглого стола», организованного Национальным институтом медицинского права, с последующим предложением руководству Минздрава РФ о внесении данного определения в официальные документы. Следующим шагом должно быть создание единого классификационного перечня ДМП и их причин.

Список литературы:

1. *Методические указания по работе комиссии по изучению летальных исходов военно-лечебного учреждения Министерства обороны Российской Федерации. М., 2007. 45с.*
2. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 21ноября 2011 г. № 323-ФЗ.*

Об авторе

Повзун Сергей Андреевич – руководитель отдела патоморфологии и клинической экспертизы ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», профессор, доктор медицинских наук.

Povzun Sergei Andreevich – head of Department of Pathomorphology and Clinical Examination of Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Care, professor, doctor of medical sciencies.

Повзун С. А., Ильина В. А., Ермолаева М. М., Бородай Е. А.

РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ И ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА КАК ПРИЧИНА КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ

В отличие от клинической практики в прозекторской работе диагностика сепсиса затруднена в связи с отсутствием четких морфологических критериев, что служит источником необоснованных жалоб со стороны родственников и юридических споров. Решением проблемы должен стать выпуск официальных методических указаний по посмертной диагностике сепсиса.

Ключевые слова: *клиническая и посмертная диагностика сепсиса, разногласия в трактовке, методические указания*

Povzun S. A., Il'ina V. A., Ermolaeva M. M., Borodai E. A.

DISTINCTIONS IN CLINICAL AND POSTMORTEM DIAGNOSTICS OF SEPSIS AS REASON OF CONFLICT SITUATIONS

Unlike clinical practice in postmortem examinations diagnostics of sepsis is problematic due to the lack of accurate morphological criteria, that is a source of unreasonable complaints from relatives and legal disputes. Release of official methodical instructions on postmortem diagnosis of sepsis has to become a solution of the problem.

Keywords: *clinical and postmortem diagnostics of sepsis, disagreements in interpretation, methodical instructions*

Сепсис – своеобразное патологическое состояние, возникающее при наличии в организме очага бактериальной или грибковой инфекции и иммунного дефицита и проявляющееся генерализацией инфекции. Несмотря на современные возможности медицины, летальность при этом состоянии остается крайне высокой.

Представления клиницистов о том, что считать сепсисом, в значительной степени отличались одно от другого, в связи с чем в 1991 году на Чикагской согласительной конференции обществ пульмонологов и реаниматологов было рекомендовано ввести понятие «синдром системной воспалительной реакции» (ССВР), как специфической реакции организма, когда воспалительная

реакция принимает генерализованный, патологический характер. Были определены следующие критерии диагностики ССВР – общие симптомы воспалительной реакции: 1) температура выше 38 °С или ниже 36°С, частота сердечных сокращений > 90 в мин., частота дыхательных движений >20 в мин., количество лейкоцитов в 1 мл крови $>12\times10^9$ или $<4\times10^9$ при количестве их незрелых форм >10 % .

Таким образом, на сегодняшний день в клинической практике сепсис определяется как ССВР с подтвержденным инфекционным процессом. Наличие инфекции в организме больного является безусловным составляющим признаком сепсиса, поскольку ССВР может наблюдаться и при травме, особенно ожоговой, не осложненной инфекцией [1], массивных некрозах тканей нетравматического происхождения и некоторых других состояниях. Дополнительным признанным на сегодняшний день критерием сепсиса является повышенное содержание в крови пациента прокальцитонина.

Оценка указанных критериев может быть выполнена в любом лечебном учреждении, в связи с чем теоретические проблемы в отношении диагностики сепсиса в клинической практике на сегодняшний день отсутствуют, чего нельзя сказать в отношении прозекторской практики.

При необходимости подтверждения диагноза сепсиса в случае смерти пациента патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты сталкиваются с массой проблем, связанных, главным образом, с тем, что все перечисленные критерии являются клиническими, а из существующих морфологических критериев сепсиса единственным бесспорным является обнаружение метастатических гнойников на отдалении от первичного очага инфекции. Помимо этого при гистологическом исследовании может быть выявлен спектр микроскопических феноменов, совокупность которых характерна для ССВР [2], однако проблема заключается в том, что каждый из них неспецифичен и даже в совокупности может встречаться при тяжелой травме и некоторых других состояниях. Другим препятствием, в отличие от клинических признаков сепсиса, является отсутствие (и, пожалуй, невозможность выработки) каких-то критических количественных показателей тех или иных микроско-

пических феноменов. Бактериологическое исследование трупной крови, произведенное однократно (в отличие от принятого в клинической практике повторного), не может считаться доказательным. Кроме того, во многих случаях проведению этого исследования препятствуют трупные изменения.

На сегодняшний день прозекторы поступают по-разному. В одних случаях в патологоанатомическом (судебно-медицинском) диагнозе указывается «Сепсис (по клиническим данным)». В других случаях прозектор, не споря с клиницистом, просто не упоминает в своем диагнозе о сепсисе, ссылаясь на отсутствие достаточных, с его точки зрения, данных для выставления этого диагноза. В ряде случаев прозектор, особенно судебно-медицинский эксперт, не располагает клиническими данными, чтобы, хотя бы, руководствуясь ими, высказаться о наличии у умершего сепсиса.

Поскольку на основании ст. 67 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 2011г. родственники умершего имеют право на получение «заключения о причине смерти и диагнозе заболевания», а также закрепленное в этой же статье право обжалования в суде «заключения о результатах патологоанатомического вскрытия», периодически возникают конфликтные ситуации. Если прозектор в своем заключении не упоминает о сепсисе, у родственников возникает мысль о том, что, значит, сепсиса у больного не было, поскольку он посмертно не подтвержден, и диагноз у больного и лечение могли быть неверными. В другом случае, если прозектор на основании перечисленных клинических признаков поставил «Сепсис» в посмертном диагнозе, а в клиническом диагнозе он отсутствует, хотя лечение было адекватным, у родственников возникает претензия, что клиницисты не диагностировали «заражения крови», выявленное на вскрытии.

Другим источником конфликтов может быть повторное проведение судебно-медицинских экспертиз с пересмотром гистологических препаратов, при которых разные судебно-медицинские эксперты, в том числе эксперты-гистологи, трактуют обнаруженные микроскопические феномены.

Решение проблемы (не научное, а, разумеется, сугубо административное) видится в публикации министерских методических указаний по посмертной диагностике сепсиса, обязательных

к исполнению патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами. Одинаковая трактовка одних и тех же случаев смерти обеспечит также полноценный статистический анализ смертности от сепсиса.

Список литературы:

1. *Ильина В. А. Морфология местных и общих патологических процессов при тяжелой термической травмой: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2014. 294 с.*
2. *Повзун С. А. Важнейшие синдромы: патогенез и патологическая анатомия. СПб.: Коста, 2009. 480 с.*

Об авторах

Повзун Сергей Андреевич – руководитель отдела патоморфологии и клинической экспертизы.

Ильина Виктория Анатольевна – руководитель патологоанатомического отделения – старший научный сотрудник, доктор медицинских наук

Ермолаева Мария Михайловна – научный сотрудник, кандидат медицинских наук.

Бородай Елена Анатольевна – научный сотрудник, кандидат медицинских наук.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»

Povzun Sergei Andreevich – head of Department of Pathomorphology and Clinical Examination, professor, doctor of medical sciencies.

Il'ina Victoria Anatol'evna – chief of Pathology Office, senior research associate, doctor of medical sciencies,

Ermolaeva Maria Mikhailovna – research associate, PhD.

Borodai Elena Anatol'evna – research associate, PhD.

Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Care.

Романова О. Л., Сундуков Д. В., Голубев А. М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ КЛОЗАПИНОМ И ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С ЭТИЛОВЫМ АЛКОГОЛЕМ

Статья посвящена оценке морфологических изменений в легких при острых отравлениях клозапином и при его сочетании с этиловым алкоголем с целью улучшения диагностики соответствующих интоксикаций и установления их давности.

Ключевые слова: *отравления клозапином, комбинированные отравления клозапином и этиловым алкоголем, морфологические изменения в легких.*

Romanova O. L., Sundukov D. V., Golubev A. M.

COMPERATIVE ASSESMENT OF MORPHOLOGICAL CHANGES LUNGS IN CASE OF CLOZAPINE AND COMBINED CLOZAPINE-ETHANOL POISONINGS

The article deals with the assessment of morphological changes in lungs in case of clozapine and combined clozapine-ethanol poisonings in order to improve the diagnostics of corresponding intoxication and determination of their exact time.

Key words: *clozapine poisonings, combined clozapine-ethanol poisonings, morphological changes in lungs.*

Клозапин (лепонекс, азалептин, алемоксан) является родоначальником группы так называемых «атипичных» нейролептиков [1]. Широко в клинической практике этот препарат применяется с 1972 года [2].

По химическому строению клозапин – это трициклическое соединение, являющееся также производным 1,4-бензодиазепина. Препарат применяется для лечения острых и хронических форм шизофрении, маниакальных состояний, маниакально-депрессивного психоза, различных психотических состояний, психомоторного возбуждения при психозах, агрессивности, расстройства сна. [3]. Клозапин обладает узким диапазоном между терапевтической и токсической дозами (высшая суточная доза – 0,9 г, смертельная доза для взрослых – 2 г.) [4, 5].

Последние десятилетия по данным Д. Г. Слюндина и соавторов [6] вышли на первое место за период с 2003 по 2006 г (99,7 % всех криминальных отравлений), вытеснив преобладавшие ранее отравления клофелином. Эти отравления характеризуются тяжелым течением и высокой летальностью (по данным отечественных авторов 12-18 % , по данным зарубежных авторов – 10 %). Также отмечают большое число комбинированных отравлений клозапином и этиловым алкоголем (в том числе и криминальных), которые сопровождаются особо тяжелым супрессивным действием и летальностью до 30 % . В структуре криминальных отравлений клозапином преобладают мужчины трудоспособного возраста [6].

В случаях, подозрительных на отравление клозапином, должно производится комплексно с учётом клинико-анамнестических, секционных, гистологических, биохимических данных и количественного определения содержания препарата в биологических средах организма. Патоморфологические изменения при отравлениях клозапином носят неспецифический характер.

По данным НИИ им. Н. В. Склифосовского, при морфологическом исследовании у всех умерших от отравления клозапином были выявлены однообразные изменения печени, которые характеризовались очаговым или диффузным стеатозом. Жировая дистрофия носила крупно – и мелкокапельный характер. Несмотря на то, что данные изменения в ряде случаев отмечались на фоне неспецифического гепатита и гепатита HCV-этиологии, в половине наблюдений мелкокапельный стеатоз печени не был обусловлен указанными выше причинами, поэтому можно думать о его развитии вследствие однократного употребления токсичных доз психотропных препаратов. [7]

При комбинированном отравлении клозапином и этиловым алкоголем, что наиболее часто встречается при криминальных отравлениях, были выявлены неспецифические морфологические изменения в нейронах головного мозга. Выявлялись признаки отека головного мозга и нарушения гемодинамики (полнокровие капилляров и венул). Также отмечалась агрегация эритроцитов, формирование стазов и сладжей, выявлялось краевое стояние лейкоцитов. Повсеместно присутствовали отечные формы олигодендроцитов и астроцитов, сморщивание нейронов [8].

На данном этапе требуются объективные и научно обоснованные критерии судебно-медицинской диагностики смертельных отравлений клозапином (согласно результатам морфологического и судебно-химического исследования). Это обусловливает проведение дальнейших исследований в данной области.

Цель исследования

Провести сравнительную оценку морфологических изменений в легких при отравлении клозапином и комбинированном отравлении клозапином и этанолом.

Материалы и методы

Проводилось сравнительное исследование гистологических срезов легких беспородных крыс-самцов массой 270-300 г. Исследованы гистологические срезы легких 6 крыс, получивших клозапин перорально в дозе 250 мг| кг и гистологические срезы легких 6 крыс, получивших этанол в дозе 8,6 мл| кг и клозапин (в дозе 250 мг| кг). Животных выводили из опыта путем декапитации через три часа после начала опыта. Также исследованы гистологические срезы легких крыс (12), получавших аналогичные препараты в вышеуказанных дозах и выведенных из опыта путем декапитации через 24 часа после введения препаратов. Сравнение проводили с гистологическими срезами легких крыс (6), не получавших вышеуказанных веществ.

Результаты исследования

В контрольной группе животных при гистологическом исследовании какие-либо расстройства кровообращения, повреждения бронхиального и альвеолярного эпителия, эндотелия не обнаруживаются.

Через три часа после введения клозапина отмечается полнокровие в системе легочной артерии. Артерии расширены, эритроциты сливаются между собой, их контуры не определяются. Выявляется очаговое полнокровие капилляров межальвеолярных перегородок. Некоторые межальвеолярные перегородки отечны, утолщены, в них повышено содержание клеток (лимфоциты, сегментоядерные лейкоциты). Вены умеренно полнокровны. Обнаруживаются дистелектазы, расположенные преимущественно субплеврально. Встречаются очаговые кровоизлияния в межальвеолярные перегородки и альвеолы. Периваскулярно (преимущественно перивенулярно) наблюдается скопление лимфоцитов. В просветах бронхов обнаруживаются эритроциты.

Через три часа после сочетанного введения клозапина и алкоголя отмечается выраженное полнокровие, многочисленные кровоизлияния, альвеолярный отек. Регистрируется повреждение (слущивание) бронхиального эпителия, отсутствие окрашивания ядер эндотелиальных клеток, чего не наблюдается при изолированном отравлении клозапином. Вокруг вен и артериовенозных анастомозов отмечается скопление лимфоцитов.

Через сутки после изолированного введения клозапина усиливаются расстройства кровообращения. Развивается периваскулярный отек. Регистрируется отек в альвеолах, расположенных в толще легких.

После сочетанного введения клозапина и алкоголя обнаруживаются полнокровие, кровоизлияния, повреждение бронхиального эпителия, утолщение межальвеолярных перегородок, клеточная реакция, эритроциты в просвете бронхов. Подобной клеточной реакции не наблюдалось при изолированном отравлении клозапином.

Выводы

Указанные изменения наряду с данными судебно-химического анализа можно использовать не только для диагностики причины смерти при этих отравлениях и для установления их давности.

Список литературы:

1. *Мосолов С. Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении || Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12. № 10. С. 23-28.*
2. *Мурхазанов Р. А. Клинические аспекты отравления клозапином. Актуальные вопросы внутренних болезней. Казань, 2000. С. 249-252.*
3. *Машковский М. Д. Лекарственные средства. В двух частях. 16-е изд., перераб. и доп. М.: Новая волна, 2014. Ч. 1. С. 73-74.*
4. *Govard D. M. General pharmacology of clozapine || Br. J. Psychiatry Suupl. 1992. № 17. P. 5-11.*
5. *Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. Издание 21. М.: АстраФармСервис., 2014. С. 8, 569.*

6. *Криминальные отравления клозапином [Слюндин Д. Г. и др.] // Анестезиология и реаниматология. 2007. № 4. С. 61-64.*
7. *Зимина Л. Н., Михайлова Г. В., Баринова М. В. Морфологические аспекты острых отравлений азалептином // Судебно-медицинская экспертиза, 2008. № 3. С. 8-10.*
8. *Баширова А. Р., Сундуков Д. В., Голубев А. М. Морфофункциональные патологические изменения головного мозга при смертельных отравлениях азалептином и этиловым алкоголем // Медицинская экспертиза и право. № 1. 2013.*

Об авторах

Романова Ольга Леонидовна – заведующая учебно-научной лабораторией кафедры судебной медицины Российского университета дружбы народов, Москва.

Сундуков Дмитрий Вадимович – заведующий кафедрой судебной медицины Российского университета дружбы народов, доцент, доктор медицинских наук, Москва.

Голубев Аркадий Михайлович – профессор кафедры судебной медицины Российского университета дружбы народов, профессор, доктор медицинских наук, Москва.

Romanova Olga Leonidovna – head of the scientific-educational laboratory of the Department of forensic medicine of Peoples' Friendship University of Russia, Moscow.

Sundukov Dmitriy Vadimovich – the head of the Department of forensic medicine of Peoples' Friendship University of Russia, associate professor, doctor of medical science, Moscow.

Golubev Arkadiy Mikhaylovich – professor of the Department of forensic medicine of Peoples' Friendship University of Russia, professor, doctor of medical science, Moscow.

Спиридонов В. А.

СЛУЧАИ НЕУДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА С ОТСЕЧЕНИЕМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: «ВРАЧЕБНОЕ» ДЕЛО 1872 ГОДА

В статье рассмотрен случай неудачного лечения сифилиса в 1872 г. и судебно-медицинская экспертиза по этому делу.

Ключевые слова: врачебное дело; лечение сифилиса; судебно-медицинская экспертиза; 1872

Spiridonov V. A.

CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF SYPHILIS WITH CLIPPING PENIS «MEDICAL» CASE 1872

In this paper we consider the case of unsuccessful treatment of syphilis in 1872 and a forensic examination of the case.

Keywords: medical business; treatment of syphilis; forensics; 1872

Проблема оценки качества оказания медицинской помощи имеет давнюю историю, и, на наш взгляд, особый интерес представляет дело Херсонского окружного суда о неудачном лечении сифилиса в г. Николаеве рассмотренное в 1872 году [1].

Обстоятельства дела: в декабре 1868 г. мещанин Г. Полетаев заразился сифилисом, обнаружил на внутренней поверхности крайней плоти шанкр, величиной с горошину. Его приятель порекомендовал для лечения обратиться к цирюльнику, отставному унтер-офицеру Павлу Алексееву, который и стал с конца февраля 1869 г. его лечить. Алексеев назначил: свинцовую примочку, потом клал поочередно желтую и белую мазь, потом присыпал язву белым порошком, затем делал присыпки красным порошком. Делалось это ежедневно, но язва постоянно увеличивалась. В начале июня 1869 г. Алексеев бритвой отрезал ему кусок ствола с крайней плотью, разрез бритвой был сделан вертикально сверху вниз, было большое кровотечение (около половины большой чашки), отрезанный кусок члена был около 6 см. За свою работу Алексеев взял 5 рублей. Так как состояние после операции Полетаева было плохим, то он полтора дня провел в цирюльне у Алексеева. После

операции на рану посыпали красный порошок, что вызвало сильную боль, а потом продолжали мазать белой мазью, однако это не помогало, ствол нагнаивался и уменьшался в размерах.

Видя, что состояние ухудшается, Полетаев для лечения в сентябре 1869 г. обратился к солдатской жене Анне Яковлевой (чувашке), которая пообещала его вылечить за 19 рублей, и взяла аванс 4 рубля. Чувашка ежедневно давала больному кувшин декокта, который он прикладывал к нагноившемуся остатку члена, но состояние его не улучшалось. В виду того, что у Полетаева денег не было, и он не мог заплатить остальные 15 рублей, то он вынужден был прекратить у нее лечение, и опять обратился к Алексееву.

На момент второго обращения к Алексееву у него оставался кусок ствола длиной около 6 см. Алексеев стал лечить прежним способом и довел до того, что к рождеству 1869г. от ствола Полетаева не осталось ничего, язва начала распространяться на лобок и мошонку. Кроме того в июле 1869 г. в правом паху показалась язвочка, про которую Алексеев сказал, что она и так пройдет. На разных частях головы и лица поэтапно стали появляться опухоли. Алексеев каких либо внутренних лекарств не давал.

Следователь назначил судебно-медицинскую экспертизу и поставил перед ней следующие вопросы:

1. Действительно ли Полетаев лишился детородного члена?
2. Если лишился, то от какой болезни?
3. В какой степени повлияло неправильное лечение той болезни на подобный исход ее?
4. Находится ли жизнь Полетаева в опасности и, если не находится, то какие последствия может иметь для него болезнь, доведенная до настоящего положения?
5. Следует ли лишение члена Полетаева считать прямым последствием неправильного лечения, или же болезнь без посторонней помощи довела бы его до такого же положения?
6. К какому времени следует отнести лишение члена, то есть давно ли оно произошло?
7. От употребления каких именно средств могло произойти лишение члена, и вероятно ли, что самый ствол члена был обрезан, или же вероятно ли, что только крайняя плоть была обрезана без повреждения члена, и в каком случае какие последствия имела эта операция?

Николаевский городовой врач В. Гофман 13 июня 1872 г. провел судебно-медицинскую экспертизу мещанина Г. Полетаева. В соответствии с действующим законодательством объективный осмотр производился в присутствии пристава и понятых: «Ему 20 лет; он среднего роста, слабого, истощенного телосложения; подкожно-жирового слоя почти нет, мускулатура плохо развита. Задне-шейные лимфоузлы явственно прощупываются под кожей в виде многочисленных, мелких, овальных и круглых, подвижных, твердых, не болящих опухолей. Верхнее левое веко красно-багровое, распухшее; опухоль занимает середину натянутого века, она ограниченна, величиной с ½ яйца. В периферической части опухоли замечается явная флюктуация, а под этим слоем жидкости прощупывается твердая как кость, болящая, неподвижная, полусферическая опухоль, исходящая из надбровной дуги лобной кости; эта опухоль и составляет непосредственное продолжение лобной кости. Подобные опухоли находятся в лобной и теменной областях.

При обнажении места бывших половых частей замечается там, где корень ствола должен переходить под лобковую дугу, воронкообразное углубление. Всю окружность мочеиспускательного канала занимает одна громадная язва. Верхнюю границу язвы составляет верхний край лобковых костей, нижнюю – линия, поперечно пересекающая мошонку и разделяющая последнюю на одну большую половину, занятую язвой, и нижнюю, свободную от нее. Самый большой длинник язвы 7 см, самый большой поперечник – 7 см. Окружность язвы багровая, распухшая; края ее вывернуты, уплотнены, изгрызены, отслоены. Дно сальное, мягкое, местами покрыто ненормально разросшимися, широкими, мясными сосочками, которые вялые, бледные и кровоточат, местами дно кровянисто-красное; местами находятся куски омертвевшей клетчатки. Обильное отделение гноя. Обнажение язвы сопровождается сильной в ней болью. Мошонка увеличена в объеме, она багровая, отечная, болезненна. Ниже границы большой язвы находится несколько малых язвинок (шанкров). Яички и придатки болезненны, но не изменены. В правом паху, по направлению пупартовой связки, находится язва, больший

диаметр которой (поперечный) равен 7 см, меньший, перпендикулярный равен 4 см. Форма язвы почти правильно овальная; края ее покрыты серо-черным струпом. Остальные свойства как и в большой язве. При исследовании грудных и брюшных органов они найдены нормальными. Замечались уменьшение аппетита, запоры, легкое лихорадочное состояние, в психической сфере уныние, отчаяние, упадок духа»

На основании объективного осмотра, рассказов Полетаева и его родных, допроса Алексеева были сделаны следующие выводы:

«1) Полетаев лишился детородного уда вполне; 2) Он потерял удъ отчасти вследствие удаления его операцией, отчасти вследствие образования фагедического шанкра, который образовался из первоначального, твердого шанкра; 3) такой исход болезни прямо зависит от неправильного лечения…; 4) жизнь Полетаева находится в опасности. Если он и не умрет скоро, то смерть его, вследствие вероятного образования мочевых затеков, гнойного или мочевого отравления крови, обильного нагноения, изнурительной лихорадки весьма вероятна и может наступить во всякий момент его болезни … 5) Потерю уда Полетаева следует приписать неправильному лечению, но под последним не следует понимать исключительно употребление лекарственных веществ, но должно отнести к нему и дурные гигиенические условия, в которых находился Полетаев во время лечения…; 6) Когда именно окончательно уничтожился член Полетаева – из осмотра его язвы определить нельзя; но ничто не противоречит тому, что ствол разрушился в то время, о котором говорит Полетаев 7) Неправильность лечения вследствие которого и потерян член, состояло в следующем: а) Полетаеву не было объяснено какой образ жизни он должен был вести во время болезни; б) Ему не было внушено о соблюдении самой строгой опрятности пораженной части; в) Ему не только не запретили работать и ходить, но даже Алексеев сам приказал Полетаеву приходить к себе ежедневно 1-2 раза, а между их кварталами находится 7 кварталов, да еще николаевских; г) Ему не было запрещено пить водку».

Потом, в судебном заседании врач В. Гофман поясняет свои выводы: цирюльник Алексеев, как видно из его показаний и рассказа больного, лечил неправильно. На язву постоянно клались

мази (алтейная и свинцовая), хотя известно, что никакое средство не действует так враждебно на шанкры, как жирные вещества, и знающие врачи избегают их употребления при лечении сифилиса, так как постоянное прикосновение язвы с указанными жирными мазями могло вызвать фагеденизм (язвенно-некротический процесс, развивающийся в тканях, окружающих первичный очаг при сифилисе). Вредный эффект оказывает и присыпка язвы свинцовыми белилами, а также красным порошком – осадочной ртутью (киноварь), это любимое средство всех знахарей и шарлатанов, лечащих шанкры.

Неправильное лечение Полетаева доказывается тем, что фагеденизм наступил при твердом шанкре. Но самое пагубное влияние на болезнь имела операция, сделанная по признанию самого Алексеева. Отрезаны ли были, как говорит Полетаев, кусок ствола с крайней плотью, или, по показанию Алексеева, только крайняя плоть – для исхода болезни, при данных обстоятельствах, все равно. Ошибка заключается в том, что Алексеев вообще решился резать шанкрозный ствол, то есть из меньшей язвы-шанкра решился сделать большую рану, которая, как и следовало ожидать, превратилась в свою очередь в шанкр, гораздо больший, чем был прежний, таким образом плохой исход операции следует приписать невежеству оператора. Алексеев, отхватив бритвой кусок ствола, тотчас посыпал рану порошком красного осадочной ртути, или киновари и затем перешел к употреблению снова свинцовой мази. Искусственная рана, происшедшая от операции, вследствие того ли, что разрыв был сделан в той части больного органа, которая уже предварительно была пропитана сифилитическим ядом, вследствие того ли, что рана приходила в соприкосновении с гноем фагеденического шанкра, сама должна была превратится в фагеденический шанкр, больший чем был первоначальный. Этот увеличенный фагеденический шанкр, подвергаясь тем же влияниям, тому же лечению, которому подвергался и его предшественник, не мог распространятся во все стороны, и таким образом, истребив весь ствол, разрушил пах и часть мошонки. Что же касается решения вопроса, что именно было отрезано: кусок ли ствола с крайнею плотью (как говорит Полетаев) или только крайняя плоть (по показанию Алексеева), то следует думать, что

отрезана крайняя плоть вместе со стволом. Заключение это основывается на следующем. Полетаев говорит, что Алексеев резал бритвой перпендикулярно сверху вниз, далеко от головки и отрезал последнюю вместе с частью ствола и крайнюю плотью. Это понятно: такой разрез мог иметь означенные выше последствия. Но способ операции, о котором говорит Алексеев, и состоявший в том, что он резал параллельно со стволом и по направлению от больного к себе, совершенно непонятен, ибо, если он хотел отрезать крайнюю плоть, то он ничего не мог сделать таким разрезом. Следовательно, он говорит неправду и должен говорить так для того, чтобы скрыть истинный способ своей операции. Это и заставляет думать, что правду говорит Полетаев. На основании научных данных, не возможно определить тех приемов, или побуждений к ним, которые руководили Алексеевым при нанесении им этого тяжкого повреждения, так как он действовал или слепо, сам не понимая для чего он это делает, или на основании ошибочных понятий о шанкре, таких понятий, существования которых наука даже не подозревает.

Верно и несомненно только то, что половой член Полетаева потерян не вследствие самой основной болезни – твердому шанкру, но вследствие неправильного лечения, при котором нанесен здоровью Полетаева неизгладимый вред. Ошибкой было, что Полетаеву не было назначено внутреннее лечение.

В завершении Гофман пишет, что подобных случаев много и единственное спасение – поднять образование народа, увеличить число образованных врачей и сделать их помощь доступной.

При изучении этого случая, хочется отметить достаточно квалифицированные и аргументированные ответы Гофмана на поставленные судом вопросы, которые были даны им при проведении судебно-медицинской экспертизы потерпевшего.

Список литературы:

1. *В. Гофман. Случай противозаконного врачевания; отсечение полового члена || Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистики. 1872. том 2. С. 1-10.*

Об авторе

Спиридонов Валерий Александрович – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО «Казанский Государственный медицинский университет»; заместитель начальника по экспертной работе ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Республики Татарстан», г. Казань

Spiridonov Valery – MD, Associate Professor, Head of the Department of Forensic Medicine Medical University «Kazan State Medical University»; Deputy Chief of expert work Gause «National Bureau of Forensic Medicine of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan», Kazan

Степанов И. О.

ОСНОВАНИЯ ДЕЛИКТНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНОВ И ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ В ПРАВООТНОШЕНИЯХ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПРЕПАРАТАМИ, ИЗМЕНЯЮЩИМИ ЕГО ТЕЧЕНИЕ (ПИТРС)

Статья посвящена вопросам лекарственного обеспечения больных рассеянным склерозом и определению оснований деликтной ответственности государственных органов и должностных лиц в правоотношениях по обеспечению больных рассеянным склерозом препаратами, изменяющими его течение.

Ключевые слова: *деликтная ответственность государственных органов, рассеянный склероз, лекарственное обеспечение.*

Stepanov I. O.

GROUNDS TORT OF STATE BODIES AND OFFICIALS IN LEGAL FOR PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS DRUGS

The article is devoted to the issues of drug supply patients with multiple sclerosis and determining the grounds of tort liability of public authorities and officials in the legal relationship to ensure that patients with multiple sclerosis drugs.

Keywords: *tortious liability, drug Supply, multiple sclerosis.*

Согласно Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения [1].

Федеральный закон № 323-ФЗ от 21. 11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» развивает положения основного закона. В нем не только декларируется право каждого на охрану здоровья, но и отмечается, что оно обеспечивается оказанием доступной и качественной медицинской помощи. Данное право распространяется на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Кроме того, пациенты имеют право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании им медицинской помощи [2].

Больные рассеянным склерозом обеспечиваются бесплатными лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при оказании:

- ✓ первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме;
- ✓ специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной;
- ✓ скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной;
- ✓ паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются лекарственные препараты, не включенные в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии [3]. Следовательно, правовой статус пациента с рассеянным склерозом соответствует правовому статусу лица, получающему лекарственную терапию в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Получение бесплатных лекарственных средств больными рассеянным склерозом при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях определяется правовым статусом больного рассеянным склерозом, а также правовым статусом инвалида, так как часть из них имеют группу инвалидности по данному заболеванию.

Согласно Постановлению 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» рассеянный склероз входит в «Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно» и лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания должны предоставляться пациентам с РС бесплатно [4].

Перечень лекарственных средств представлен в Стандарте первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе в стадии ремиссии [5].

Гражданам, страдающим рассеянным склерозом, в соответствии с перечнем централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных препаратов (ПИТРС, закупаемые по программе «7 нозологий»), утверждаемым Правительством Российской Федерации, данные препараты выписываются при оказании им первичной медико-санитарной помощи и получают они их бесплатно [3].

Согласно Федеральному закону от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» инвалиды в рамках набора социальных услуг имеют право на обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов [6].

Правительство Российской Федерации утверждает Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечень медицинских изделий, перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, обеспечение и порядки формирования таких перечней.

Следовательно, основанием возникновения права на бесплатное получение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, является включение рассеянного склероза в список заболеваний, лечение которых осуществляется в амбулаторных условиях бесплатно на основании Постановления Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 и включение данного заболевания в «Программу семи нозологий». Уполномоченные органы государственной власти составляют списки получателей ПИТРС, осуществляют закупки данных препаратов в соответствии с законодательством РФ.

Следует отметить, что ФЗ-323 в качестве субъектов ответственности в сфере охраны здоровья определяет органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций. Они несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации. Согласно ст. 1069 ГК РФ подлежит возмещению вред, причиненный гражданину в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления, должностных лиц (7). Особенностью данных субъектов является наличие у них властных, административных полномочий, закрепленных законодательно. Противоправными действиями, повлекшими наступления вреда, будут являться те, которые совершаются с превышением или злоупотреблением полномочий, противоречат не только законодательству, но и другим нормативно-правовым актам, регулирующим их деятельность. Сами действия могут совершаться в виде приказов, распоряжений, иных властных предписаний, причем как устных, так и письменных, принятых как единолично, так и коллегиально. Также вред может быть причинен в результате противоправного неисполнения обязанностей органами или должностными лицами, выражающемся в их бездействии.

В связи с тем, что акты органов власти предполагаются законными, условием возмещения вреда является необходимость признания таких актов недействительными в судебном порядке (ст. 13 ГК РФ), а действий (бездействий) – незаконными.

Кроме властных, административных полномочий государственные органы, органы местного самоуправления, должностные лица имеют иные полномочия, возложенные на них законом. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья определены в Главе 3 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Также осуществление ряда полномочий РФ, согласно ст. 15 вышеназванного закона передано органам государственной власти субъектов Российской Федерации (2). Это касается, в частности, и организации обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации. В случае ненадлежащего обеспечения граждан лекарственными препаратами, например, вследствие нарушения процедуры установления количества требуемых препаратов для удовлетворения потребности пациентов, а также сроков их поступления потребителю возможно, как нарушение субъективных прав, так и прямое причинение вреда жизни и здоровью. При этом возникает вопрос о возникновении обязательства возместить причиненный вред и о противоправности действий причинителя вреда, в связи с неосуществлением закупок в срок и в нужном объеме.

В ст. 309 ГК РФ, дано определение должного исполнения обязательств: «Обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований – в соответствии с обычаями делового оборота или иными обычно предъявляемыми требованиями». Возмещение вреда осуществляется за счет казны.

Гражданское законодательство определяет основание возникновения обязательства за причинение вреда здоровью, условия деликтной ответственности: наличие вреда; противоправность

деяний причинителя вреда; причинная связь между противоправным поведением и наступившим вредом; вина причинителя вреда. Виновность лица определяется по тому, приняло ли оно все меры для надлежащего исполнения обязательства при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота. В случае причинения имущественного вреда и вреда жизни или здоровью, объем и размер возмещения определен законом [7], а размер денежной компенсации морального вреда оставлен на усмотрение суда.

В случае возникновения вреда здоровью или жизни гражданина при невозможности получения лекарственного препарата, изменяющего течение рассеянного склероза, вред должен быть возмещен, если причинитель вреда не докажет, что его действия соответствовали требованиям законов, нормативных актов, условиям договора, а при отсутствии таковых – обычно предъявляемым требованиям, и если имеются основания полагать, что выявленное несоответствие связано с наступившим вредом, как единственная или одна из его причин.

Таким образом, неполучение пациентом препарата, изменяющего течение рассеянного склероза по вине уполномоченного государственного органа или должностного лица, может рассматриваться как одна из причин обострения заболевания с возможным появлением признаков стойкой утраты трудоспособности. При этом в действиях (бездействиях) государственных органов, приведших к невозможности получить препарат, просматривается нарушение субъективных прав пациента, что может служить основанием требования возмещения вреда.

Список литературы:

1. *Собрание законодательства Российской Федерации от 26. 01. 2009 г. № 4. Ст. 445.*
2. *Собрание законодательства Российской Федерации от 28. 11. 2011 г. № 48. Ст. 6724.*
3. *Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. № 1175н г. Москва. «Российская газета» от 3 июля 2013 г. № 142.*

4. *Собрание законодательства Российской Федерации от 8.08.1994 г. № 15. Ст. 1791.*
5. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1542н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе в стадии ремиссии» «Российская газета» от 17 июня 2013 г. № 128| 1 (специальный выпуск).*
6. *Собрание законодательства Российской Федерации от 19 июля 1999 г. № 29. Ст. 3699.*
7. *Собрание законодательства Российской Федерации от 5 декабря 1994 г. № 32. Ст. 3301*

Об авторе

Степанов Игорь Олегович – Председатель Ярославской областной общественной организации инвалидов больных рассеянным склерозом, невролог, ГУЗ Клиническая больница № 8, кандидат медицинских наук, Ярославль.

Stepanov Igor Olegovich – Chairman of the Yaroslavl Regional public organization of disabled people with multiple sclerosis, neurologist, Clinical hospital № 8, PhD, Yaroslavl.

Сухарева М. А., Балашова И. Л., Михеева Н. А., Баринов Е. Х., Ромодановский П. О.

О КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ – СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ И ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ

В статье рассматривается сравнение процессуального статуса таких участников уголовного и гражданского процесса, как судебно-медицинский эксперт и врач-специалист, использующие свои специальные знания, профессиональный опыт, для оказания помощи сотрудникам следственных органов.

Ключевые слова: *компетенция, процессуальное положение, судебно-медицинский эксперт, специалист, судопроизводство.*

Sukharev M. A., Balashov I. L., Miheeva N. A., Barinov E. H., Romodanovsky P. O.

ON THE COMPETENCE OF DOCTORS OF FORENSIC EXPERTS AND MEDICAL SPECIALISTS IN CRIMINAL PROCEEDINGS

The article deals with the comparison of procedural status of such participants in the criminal and civil proceedings, as a forensic expert and a specialist doctor who use their expertise and professional experience to help staff the investigating authorities.

Keywords: *competence, procedural position, a forensic expert, specialist, legal proceedings*

Вопрос о компетенции судебно-медицинского эксперта постоянно рассматривается в уголовном, законодательстве, но четкого и грамотного определения этому понятию наше законодательство не дает. Что же такое компетенция? Может быть – это: принадлежность по праву; обладание знаниями, необходимыми сведениями в определенной области; обладание полномочиями принимать решения, судить о чем-либо, делать что-либо. Или же некое психосоциальное качество, означающее силу и уверенность, исходящее из чувства собственной успешности и полезности, которое дает человеку осознание своей способности эффективно взаимодействовать с окружением.

Нам понравилось следующие определение слова «компетенция». Компетенция – совокупность юридически установленных полномочий, прав и обязанностей конкретного органа или дол-

жностного лица; определяет его место в системе государственных органов (органов местного самоуправления.

В компетенции эксперта можно выделить две составляющие. Во-первых, это круг полномочий, права и обязанности эксперта, которые определены ст. 85 ГПК РФ, ст. 57 УПК РФ, ст. ст. 16-17, 41 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» [1]. Во-вторых, это комплекс знаний в области теории, методики и практики судебной экспертизы определенного вида.

Россинская Е. Р. указывает на то, что различают объективную компетенцию, т.е. объем общих знаний, которыми должен владеть эксперт, и субъективную компетенцию – степень, в которой конкретный эксперт владеет специальными знаниями, что определяется уровнем его образованности, специальной экспертной подготовкой, стажем экспертной работы [5]. Специальные знания обусловливают специализацию эксперта. Под специализацией эксперта следует понимать определенный класс, род, вид или направление экспертных исследований, которому соответствует компетенция эксперта.

Общие положения закона, регулирующие привлечение экспертов и специалистов к участию в следственных и судебных действиях, закреплены в ст. 57, 58, 164, 168 и 251 УПК – эти нормы закона определяют процессуальный статус эксперта и специалиста, базовые права, обязанности, ответственность и порядок их участия в следственных действиях. Должность эксперта в государственном судебно-медицинской экспертном учреждении Министерства здравоохранения РФ может занимать гражданин России, имеющий высшее медицинское или иное профессиональное образование, прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности и получивший право самостоятельного производства судебной экспертизы данного профиля (вида) в порядке, установленном нормативными правовыми актами МЗ РФ. [3]. Компетентность государственного судебного эксперта проверяется и удостоверяется экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном нормативными актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти, согласно которому уровень профессиональной подготовки эксперта подлежит пересмотру указанными комиссиями

каждые пять лет [3]. При этом отсутствие квалификационной категории не лишает эксперта права производства экспертиз. В процессуальном отношении понятие «компетентность» в значении осведомленности подразделяется на две категории, выражающихся в: 1) некомпетентности эксперта как неспециалиста в определенной области знаний и 2) некомпетентности эксперта в силу недостаточной квалификации. Процессуальные последствия такой оценки различаются в зависимости от того, когда выявилось отсутствие специальных знаний по определенному вопросу – до назначения экспертизы, тогда это является основанием для отвода эксперта, или уже в ходе ее производства тогда возможен отказ от дачи заключения.

Системно-структурная характеристика процессуального статуса судебного эксперта состоит из следующих элементов: обязанности, права, ответственность и независимость. 16 статья ФЗ ГСЭД говорит нам про такие обязанности эксперта как: принятие к производству порученную экспертизу; провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам, не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну. В 7 статье ФЗ ГСЭД законодатель подчеркивает, что при производстве судебной экспертизы эксперт независим от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела, т.е. фактически важнейшей стороной независимости эксперта является его процессуальная самостоятельность, которая гарантируется порядком назначения и производства судебной экспертизы, а также обеспечивается возможностью его отвода.

В том случае если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения, эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы, то эксперт должен составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключе-

ние и направить данное сообщение в орган или лицу, которыми было назначена, данная экспертиза [5].

Заключение, считается выходящим за пределы экспертной компетенции в двух случаях:

- ✓ если врач, отвечая на вопрос, вторгается в сферу немедицинских наук: психологии, юриспруденции, логики, литературы, технических наук и др.;
- ✓ если для решения поставленного вопроса вообще не требуется никаких специальных знаний, если для его решения достаточно субъективных суждений, основанных на жизненном опыте, здравом смысле и др. [9].

Пределы компетенции врача (судебно-медицинского эксперта) ограничены рамками медицинских знаний. Это означает то, что судебно-медицинский эксперт должен и может отвечать только на вопросы медицинского и биологического характера, по которым он обладает достаточными знаниями, остальные вопросы не входят в его компетенцию.

Эксперт, какими познаниями и опытом практической работы не обладал, не может и не должен решать вопросы: Правового характера – противоправности или вины.

Например – «кто виноват в смерти гражданина Ж. 64 лет – врач Г. или хирург Х.?». В данном, конкретном случае степень вины и ответственности устанавливает только суд. Или – «мог ли врач Г. вносить неправильные записи в историю болезни?». Но внесение неверных сведений в документ, каким является история болезни, это уже самостоятельный состав преступления – должностной подлог. Так что, и ответ на этот вопрос входит в компетенцию суда. Или является ли смерть насильственной (ненасильственной)? Имело ли в рассматриваемом случае место убийство, самоубийство или несчастный случай? Возникло ли повреждение в результате истязаний? Насильственная смерть – понятие категории смерти. Данная категория включает в себя род смерти – в результате убийства, самоубийства или случая (в быту, на производстве и т. п.). Последние определения не имеют медицинского содержания, поэтому ответы на вопросы о насильственном или не насильственном характере наступления смерти не входят в компетенцию судебно-медицинского эксперта. В медицине вообще, и в судебной медицине в частности, нет медицинских критериев для определения этих понятий. Истязание, мучения – понятие также юридическое, а не медицинское. Вопросы, касающиеся умысла (о борьбе и самообороне, о возможности нанесения повреждений собственной рукой). Что же касается «борьбы и самообороны», то критериев их установления по морфологическим признакам в судебной медицине не существует. Косвенно о возможной самообороне может свидетельствовать лишь локализация повреждений и их количество. Например, резаные раны на ладонной поверхности кистей или наружной поверхности предплечий (при попытке захвата лезвия колюще-режущего орудия или отбития удара такого орудия). Но в любом случае необходимо проведение следственного эксперимента, при котором обязательно учесть данные судебно-медицинской экспертизы [9].

Что же касается решения вопросов о причинении повреждений самим пострадавшим, то он ограничивается лишь доказательством возможности факта саморанения, но никак не исключает вероятности причинения этих повреждений и другим человеком.

Представляется, что любые версии (возможности нанесения саморанения) должны подтверждаться или опровергаться путем проведения следственного, а не экспертного эксперимента. Считаю это принципиально важным, т. к. экспертный эксперимент проводится в рамках непосредственного проведения судебно-медицинской экспертизы, его ход и результаты вносятся в протокольную часть «Заключения эксперта». А следственный эксперимент (ст. 181 УПК РФ) проводится следователем в рамках расследования дела уже с учетом данных «Заключения эксперта».

Довольно часто в постановлении мы видим такой вопрос как: «с какой силой нанесен удар – малой, большой, значительной или незначительной?». На самом же деле каких-либо объективных медицинских критериев для установления силы нанесенных ударов не имеется (а в ряде случаев – не существует). Сила – это физическая величина, для своего определения не требующая медицинских познаний. Понятия же о размере силы (малая сила, большая, значительная, незначительная) – носят бытовой смысл и научного обоснования не имеют.

При назначении повторной судебно-медицинской экспертизы следователь ставит вопрос о правильности выводов первичной экспертизы, тем самым возлагая на экспертов такого определения как правовой оценки доказательства. Эксперт таким правом не обладает. Речь должна вестись в этих случаях о конкретных фактах, о том, подтверждаются они или не подтверждаются судебно-медицинскими данными, например, при проверке судебно-медицинской документации.

Что же касается института специалистов. Заключение специалиста – одна из процессуальных форм использования специальных знаний. Федеральный закон от 4 июля 2003 г. «О внесении изменений и дополнений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» ввел в уголовное судопроизводство новый вид доказательств – заключение и показания специалиста.

Действующее законодательство закрепило научно-консультационную форму участия врача-специалиста (специалисту) в судопроизводстве, придав ей процессуально-правовой статус. 1-й и 3-ей частями ст. 80 УПК определено, что письменная форма отчетов экспертов и специалистов входящим в их компетенцию на поставленные вопросы являются заключением. Таким образом, в рассматриваемой статье УПК устанавливается лишь возможность использования в качестве доказательства суждения, данного в письменном виде.

Согласно 2 ч. ст. 58 УПК специалист (врач-специалист) вправе:

1. Отказаться от участия в производстве по уголовному делу, если он не обладает соответствующими специальными знаниями; задавать вопросы участникам следственного действия с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда;
2. Знакомиться с протоколом следственного действия, в котором он участвовал, и делать заявления и замечания, которые подлежат занесению в протокол;
3. Приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права.

Кроме того, ст. 69 УПК предоставляет специалисту право заявлять ходатайство об отводе переводчику, если обнаружится некомпетентность последнего.

Согласно 4 ч. ст. 58 УПК специалист (врач-специалист) не вправе: уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя или в суд, а также разглашать данные предварительного расследования, ставшие ему известными в связи с участием в производстве по уголовному делу в качестве специалиста, если он был об этом заранее предупрежден. За разглашение данных предварительного расследования специалист несет ответственность в соответствии со статьей 310 Уголовного кодекса Российской Федерации [1, 2].

Россинская Е. Р. отмечает, что исследования не должны относиться к материальным объектам, поскольку в этом случае нивелируется различие между судебной экспертизой и заключением специалиста [4].

При проведении исследований специалист не должен выходить за рамки своей компетенции, которая определяется объемом и характером его специальных знаний. Таким образом, врач кардиолог не должен отвечать на вопросы касающиеся желудочно-кишечного тракта, например оценить слизистую желудка, так как подобные вопросы выходят за пределы его профессиональной компетенции. На вопросы, касающиеся желудочно-кишечного тракта должен отвечать другой врач – гастроэнтеролог.

Таким образом, можно сделать вывод, что необходимым условием вовлечения лица в уголовный процесс, как в качестве специалиста, так и в качестве судебно-медицинского эксперта, должен являться высокий уровень специальных знаний и профессиональной компетентности. Для того чтобы заключение эксперта не выходило при этом за пределы его специальных необходимо сформулировать вопросы ставящиеся перед экспертами, сотрудниками следственных органов, так чтобы они не заводили эксперта в тупик. Для улучшения качества работы судебно-медицинского эксперта необходимо поддерживать инициативность судебно-медицинского эксперта в его самостоятельной деятельности по сбору информации, относящейся к предмету экспертизы, уменьшить количество необоснованных комиссионных экспертиз, усилить контроль качества экспертиз руководителями Государственных судебно-медицинских экспертных учреждений.

Список литературы:

1. *Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации. По состоянию на 10 марта 2013 года. С комментариями к последним изменениям. М.: Эксмо, 2014. 352 с.*
2. *Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации Под редакцией В. Т. Томина, М. П. Полякова. М.: Юрайт, 2011. С. 1360.*
3. *«Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации. М.: Омега-Л, 2013. С. 144.*
4. *Россинская Е. Р. Использование специальных знаний по новому УК России | Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» от 18.12.2001 № 174-ФЗ – проблемы практической реализации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Сочи 11-12 октября 2002 г.). Краснодар: Изд-во «Самарский университет», 2002.*
5. *Федеральный закон о государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации № 73-ФЗ (от 31 мая 2001 года): http:||base.garant.ru| 12123142|*
6. *Участие государственного судебно-медицинского эксперта в качестве специалиста в уголовном судопроизводстве || Медицинская экспертиза и право. № 1. 2013. С. 56.*
7. *Новиков А. А. Институт специалиста в уголовном судопроизводстве России: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Калининград, 2007. С. 12.*
8. *Иллюстрированный Уголовный кодекс Российской Федерации. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 516.*
9. *Грицаенко П. П. Судебно-медицинская экспертиза (избранные вопросы) | Практическое пособие. Екатеринбург, 2004.*

Об авторах

Сухарева Марина Анатольевна – преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва.

Балашова Ирина Леонидовна – старший лаборант кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва.

Михеева Наталья Александровна – доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Москва.

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Москва.

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Москва.

Sukharev Marina Anatolyevna – lecturer in forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, Moscow.

Balashov Irina Leonidovna – senior laboratory assistant, Department of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, Moscow.

Miheeva Natalia – Associate Professor of the Department of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, candidate of medical sciences, Moscow.

Barinov Evgeny Hristoforovich – Professor of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, candidate of medical sciences, Moscow.

Romodanovsky Pavel Olegovich – head of the Department of forensic medicine and medical law GBOU SEI HPE «the Moscow State medical stomatological University A. I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION, doctor of medical sciences, Professor, Moscow.

Фокин М. М., Желтков Д. А., Райтер М. Б.

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РАССМОТРЕНИИ СПОРОВ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена анализу возможности производства негосударственной судебно-медицинской экспертизы при возмещении вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза; негосударственная экспертиза; возмещение вреда здоровью, причиненного при оказании медицинской помощи.*

Fokin M. M., Geltkov D. A., Raiter M. B

POSSIBILITY OF THE PRODUCTION OF THE NON-STATE FORENSIC MEDICAL EXAMINATION AT INDEMNIFICATION CAUSED TO HEALTH AT DELIVERY OF HEALTH CARE

Article is devoted to the analysis of possibility of the production of a non-state forensic medical examination at indemnification caused to health at delivery of health care.

Keywords: *forensic medical examination; non-state examination; indemnification to health, caused at delivery of health care.*

В связи с непрерывным изменением законодательства, ростом правовой грамотности населения, эволюцией экономической системы в здравоохранении все более актуальной становится проблема возмещения вреда, причиненного здоровью человека при оказании медицинской помощи.

Материальное возмещение может быть результатом как уголовного, так и гражданского разбирательства. В уголовном процессе у виновного лица – при наличии соответствующих требований потерпевшего – возникает обязательство по возмещению причиненного вреда в случае причинения смерти по неосторожности и неосторожного причинения тяжкого вреда здоровью [1]. Возмещение происходит в результате рассмотрения гражданского иска – либо заявленного в уголовном процессе (что чаще – иск

о признании обвиняемого| виновного гражданским ответчиком в уголовном процессе), либо, после рассмотрения уголовного дела или параллельно ему – в гражданском процессе [2]. Возмещение легкого и средней тяжести вреда, неосторожно причиненного здоровью пациента при оказании медицинской услуги, подлежит возмещению непосредственно (изначально) в гражданском процессе. На пострадавшей стороне в этом случае также лежит обязанность заявить о наличии претензии [3].

Во всех подобных случаях необходимо первоначальное установление дефекта, последствий и связи, что является для суда основополагающим при вынесении решения по делу. Доказательствами факта причинения вреда здоровью и размера ущерба являются, среди прочего, заключения экспертов и специалистов. Проведение судебно-медицинской экспертизы при подозрении на ненадлежащее оказание медицинской помощи является в подобных случаях совершенно необходимым.

Споры о возмещении вреда жизни и здоровью гражданина подлежат рассмотрению в порядке первой инстанции в районном суде по месту причинения вреда здоровью. В то же время, в отношении урегулирования гражданско-правовых споров сейчас активно продвигаются альтернативные способы – процедуры медиации и третейского судопроизводства. В свете рассматриваемой проблемы это имеет принципиальное значение.

В гражданском процессе организацию и процедуру проведения судебно-медицинской экспертизы регламентируют: Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21. 11. 2011 г.; УПК РФ; ГПК РФ; Федеральный закон № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 2003 года; Постановление Правительства РФ № 522 об определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью (с изменениями); ведомственные нормативные акты, которые регулируют процедуру, но не определяют сами круг лиц и ограничения по проведению судебно-медицинской экспертизы.

Федеральный закон № 73-ФЗ регламентирует деятельность по производству государственной экспертной деятельности. Поскольку иного закона об экспертной деятельности в РФ нет, его же положения можно использовать для определения процедуры орга-

низации негосударственной экспертизы. Данный закон указывает, что проводить экспертизу (как процессуальное действие) возможно только по постановлению| определению следственных органов или суда. Процедура проведения не процессуальных экспертных исследований в этом нормативном акте не оговаривается.

Ввиду многолетних споров об ангажированности и коллегиальности (по отношению к медицинским работникам) государственных экспертных учреждений, в настоящее время все большую популярность приобретает институт производства т. н. «независимых» судебно-медицинских экспертиз. Большинство понимает независимую экспертизу как проведенную вне специализированного государственного судебно-экспертного учреждения (негосударственную экспертизу).

Верховным судом РФ регламентирован только порядок вынесения решения о проведении независимой экспертизы по уголовным делам. Подобное решение выносится при невозможности проведения экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении своего или иного региона. В Постановлении также даны определения негосударственного эксперта (лицо, обладающее специальными познаниями и не работающее в государственном судебно-экспертном учреждении либо работник негосударственного судебно-экспертного учреждения) и негосударственного судебно-экспертного учреждения (некоммерческие организации | некоммерческие партнерства, частные учреждения или автономные некоммерческие организации), созданные в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Федеральным законом «О некоммерческих организациях», осуществляющие судебно-экспертную деятельность в соответствии с принятыми ими уставами). Наиболее разумным видится функционирование негосударственных судебно-экспертных учреждений в форме профессиональных некоммерческих медицинских организаций, предусмотренных п. 6 ст. 72 Федерального закона № 323-ФЗ [4].

Относительно негосударственной экспертизы в гражданском процессе подобный руководящий документ отсутствует. Несмотря на то, что статья 58 Федерального закона № 323-ФЗ прямо указывает на возможность проведения независимой экспертизы, положение о которой должно быть разработано Правительством,

подобное Положение в настоящее время также не разработано [5]. Тем не менее, в гражданском процессе также сохраняется примат государственной экспертизы, экспертные заключения государственных учреждений превалируют, а негосударственных зачастую хотя и приобщаются к материалам дела, но не рассматриваются в качестве доказательства. Это обусловлено характерной ригидностью мышления представителей государственного аппарата, которые уповают на то, что документ, исходящий из государственного учреждения, a priori имеет большую доказательную силу. Этот посыл, однако, не поддерживается законодателем – в процессе отсутствует нормативно закрепленная градация степени доказательной силы для каких бы то ни было доказательств.

В свою очередь, при проведении альтернативных процедур – медиации и третейского судопроизводства – в ходе разрешения споров о возмещении вреда, причиненного здоровью пациента при оказании медицинской помощи, нет необходимости обращаться исключительно к возможностям государственной экспертизы. Причем в указанных институтах отсутствует требование по проведению именно экспертизы. То есть, для сторон и медиатора (третейского суда) достаточно разъяснения спорных вопросов специалистом в соответствующей области, а именно – в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы [6, 7].

Так, кроме «Заключения эксперта» (ст. ст. 74, 80, 204 УПК РФ), формой негосударственной работы судебно-медицинского эксперта в уголовном процессе может выступать «Заключение специалиста» (ст. ст. 74, 80 УПК РФ), которое может рассматриваться в качестве преюдициального факта в рамках гражданского иска по материалам уголовного дела. Аналогом «Заключения специалиста» в гражданском процессе служит «Консультация специалиста» (ст. 188 ГПК РФ). В отличие от «Заключения эксперта», «Заключение специалиста» и «Консультация специалиста» не являются вариантами судебно-экспертной деятельности и не подпадают под ее определение в упомянутом Федеральном законе № 323-ФЗ. Следовательно, указанные формы работы могут проводиться по запросам заинтересованных лиц – участников процесса и их представителей, а также по запросам медиатора и на основании определения третейского суда, а не только

на основании постановления| определения правоохранительного органа или соответствующего должностного лица. Это повышает доступность к специальным знаниям в процессе решения гражданско-правового спора.

Необходимо отметить, что при этом в качестве независимого специалиста на возмездной основе (не в качестве служебного задания) в процессе может участвовать также и государственный эксперт (в нерабочее время). Запрета на участие государственного эксперта в подобной работе – как прямого, так и косвенного – не содержится ни в процессуальном законодательстве, ни в регламентирующих судебно-медицинскую экспертную деятельность иных нормативных актах (федеральных законах № 323-ФЗ и № 73-ФЗ, Постановлениях Правительства и приказах федерального ведомства в сфере охраны здоровья). Более того, в настоящее время многие именитые и заслуженные государственные эксперты на постоянной основе участвуют в производстве экспертных исследований в качестве специалистов. Получить заключения профильного специалиста высокого уровня в процессе довольно сложно из-за перечисленных выше особенностей назначения и организации производства государственных экспертиз; кроме того, нельзя сбрасывать со счетов чрезмерную бюрократичность государственной машины, что негативно отражается, в том числе, на сроках производства экспертного заключения в государственном учреждении. В то же время, к специалисту заинтересованное лицо может обратиться напрямую, что значительно сокращает время, необходимое для получения мнения специалиста и разрешения спора по существу.

При этом, в отличие от других видов экспертных исследований, экспертные исследования материалов дела – документарные экспертизы и исследования – оставаясь видом судебно-медицинской деятельности, с 2004 года не лицензируются (на основании Определения Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16. 09. 2004 г. № КАС04-451). Это позволяет обращаться, в том числе, к специалистам, хотя и обладающим необходимыми знаниями и уровнем квалификации, но не работающим в учреждениях, лицензированных для производства судебно-медицинских экспертиз – например, к ведущим деятелям судебно-медицинской науки, преподавателям.

Таким образом, оптимальным способом быстрого (по сравнению с процессуальным порядком) получения мнения специалиста по вопросам, требующим разрешения в ходе рассмотрения споров о возмещении вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи, видится обращение заинтересованных лиц (сторон в споре, медиаторов, третейского суда) к высококвалифицированным специалистам – государственным судебно-медицинским экспертам, деятелям судебно-медицинской науки, преподавателям судебной медицины, работникам негосударственных судебно-медицинских учреждений – с целью подготовки на договорной основе «Заключения специалиста»/«Консультации специалиста» по материалам рассматриваемого спора.

Список литературы

1. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ: http:||base.garant.ru| 10108000|*
2. *Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 г. № 174-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12125178|*
3. *Гражданский кодекс Российской Федерации от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ: http:||base.garant.ru| 10164072| 1|*
4. *Постановление Пленума ВС РФ от 21.12.2010 г. № 28: http:||www.garant.ru| products| ipo| prime| doc| 12081630|*
5. *Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 23 ноября 2011 года № 323-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12191967|*
6. *Федеральный закон «О третейских судах в Российской Федерации» от 24 июля 2002 года № 102-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12127543|*
7. *Федеральный закон «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» от 27 июля 2010 года № 193-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12177508|*
8. *Гражданский процессуальный кодекс РФ от 14.11.2002 г. № 138-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12128809|*
9. *Обзор Красноярского краевого суда от 24. 04. 2006 «Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг»: http:||krasnoyarsk.news-city.info| docs| sistemsc| dok_oegtdb| index.htm*

Об авторах

Фокин Михаил Михайлович – врач – судебно-медицинский эксперт, юрисконсульт Государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Тула

Желтков Денис Александрович – начальник Государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Тула

Райтер Марина Басировна – врач – судебно-медицинский эксперт Государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Тула

Fokin Mikhail Mikhaylovich – the doctor – the forensic scientist, the legal adviser of State Healthcare Institution of Tula region of «Bureau of a forensic medical examination», Tula

Geltkov Denis Aleksandrovich – chief of State Healthcare Institution of Tula region of «Bureau of a forensic medical examination», Tula

Raiter Marina Basirovna – the doctor – the forensic scientist of State Healthcare Institution of Tula region of «Bureau of a forensic medical examination», Tula

Фокин М. М., Райтер М. Б.

«ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО» В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ: ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ СИСТЕМЫ ПРАВОСУДИЯ

Статья посвящена анализу судебной практики по возмещению вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи, с целью выявления и предотвращения типовых дефектов.

Ключевые слова: *судебная практика; гражданский процесс; возмещение вреда здоровью.*

Fokin M. M., Raiter M. B.

«MEDICAL JUDICIAL» IN CIVIL PROCESS: TYPICAL MISTAKES OF JUSTICE SYSTEM

Article is devoted to the analysis of jurisprudence on indemnification, caused to health at delivery of health care, for the purpose of identification and prevention of standard defects.

Keywords: *jurisprudence; civil process; indemnification to health.*

Анализируя судебные процессы, в которых рассматриваются дефекты оказания медицинской помощи, мы регулярно сталкиваемся с однообразными, типовыми ошибками суда – как в вопросах трактовки клинической ситуации, так и при правовом анализе выявленных дефектов в привязке к неблагоприятному исходу оказания медицинской помощи. На примере конкретного дела показано, что для справедливого разрешения дела по существу это недопустимо.

Фабула клинической ситуации следующая. Х., 25 лет (женщина, педагог), обращается за медицинской помощью в районную больницу с жалобами на наличие болезненного образования промежности. В ЛПУ диагностировано гнойное воспаление клетчатки промежности, произведено ее вскрытие хирургом. На следующий день выявляется гипергликемия (высокий уровень глюкозы в крови), в дальнейшем – кетоацидоз (появление в биологических средах организма кислых продуктов обмена веществ), состояние больной ухудшается, развивается кома. Х. переводится в реани-

мационное отделение, где умирает от проявлений полиорганной недостаточности на фоне гипергликемии и кетоацидоза. В заключительном клиническом диагнозе в качестве основной нозологической формы выносится впервые выявленный сахарный диабет 1 типа. На протяжении стационарного лечения имелись дефекты оказания медицинской помощи: наблюдение эндокринолога отсутствовало; суточное мониторирование уровня глюкозы крови было недостаточным и начато с задержкой; адекватная коррекция уровня гликемии не производилась. Хирургическая помощь была оказана без дефектов, в необходимом и достаточном объеме.

В дальнейшем была проведена доследственная проверка, в результате которой было принято решение о возбуждении уголовного дела в отношении хирурга (!) по факту причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ). Уголовное дело было прекращено по не реабилитирующему основанию – истечению срока давности привлечения к уголовной ответственности. Постановление о привлечении в качестве обвиняемого защитой не обжаловалось. Проведенные в рамках расследования уголовного дела две комиссионные судебно-медицинские экспертизы установили перечисленные выше дефекты оказания медицинской помощи. При этом экспертиза № XX (проведена в регионе А) не установила причинно-следственной связи между дефектами и наступлением смерти Х.; в выводах экспертизы № XXX (проведена в регионе Б) указано, что между дефектами и наступлением смерти имеется прямая причинно-следственная связь.

Пострадавшей в ходе расследования уголовного дела была признана мать умершей, которая подала гражданский иск к районной больнице о взыскании компенсации материального ущерба (учитывались расходы на погребение и поминовение, устройство памятника) в размере 450 тысяч рублей и морального вреда в размере 2 миллионов рублей. После прекращения уголовного дела истица уточнила основание иска (первоначально – действия хирурга, повлекшие наступление смерти, в дальнейшем – дефекты оказания медицинской помощи, выявленные при проведении судебно-медицинских экспертиз). В качестве третьих лиц со стороны ответчика по инициативе истицы были привлечены: 1. ре-

гиональный орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья; 2. хирург, в отношении которого было ранее возбуждено уголовное дело. В суде ответчик исковые требования признал, третьи лица – частично (хирург) и полностью (орган исполнительной власти) не признали. Судом первой инстанции выводы проведенных ранее экспертиз были приняты в качестве преюдициальных фактов, при этом в решении был установлена прямая причинная связь между дефектами оказания медицинской помощи и наступлением смерти Х. Иск был удовлетворен частично – в размере 150 тысяч рублей в части возмещения материального ущерба и в размере 500 тысяч рублей в части компенсации морального вреда, при поддержке обвинением суммы компенсации морального вреда в размере 250 тысяч рублей (с последним размером компенсации ответчик и третьи лица были согласны).

В ходе подготовки к рассмотрению в апелляционной инстанции, при медико-правовом анализе материалов гражданского дела и вынесенного судом решения было установлено следующее.

Сахарный диабет 1 типа проявляется основными симптомами, среди которых: жажда и полидипсия (повышенное потребление воды), повышенная подверженностью инфекционным заболеваниям (при этом характерно развитие фурункулеза и грибковых поражений кожи).

Из обстоятельств дела следует, что Х. – 1986 г.р.; семейные правоотношения с момента ее рождения регулировались Кодексом о браке и семье РСФСР, с 29.12.1995 г. – Семейным кодексом Российской Федерации [1, 2]. Истица не оспаривает своих родственных отношений с Х., из обстоятельств дела следует, что она являлась родителем – матерью – Х. Ст. 52 гл. 8 «Права и обязанности родителей по воспитанию детей» «Кодекса о браке и семье РСФСР» обязывает родителей заботиться о физическом развитии своих детей, то есть, по смыслу статьи, в том числе принимать меры к профилактике, диагностике (выявлению) и лечению своих детей от заболеваний и патологических состояний, препятствующих и нарушающих их физическое развитие. Ст. 63 гл. 12 «Права и обязанности родителей» Семейного кодекса РФ уже прямо обязывает родителей заботиться не только о физическом развитии, но и о здоровье своих детей. Таким

образом, по смыслу приведенных статей, истица была обязана заботиться о здоровье своей дочери – Х. – до приобретения последней полной дееспособности, то есть до достижения совершеннолетия. При проведении судебно-медицинских экспертиз установлено, что в период с момента рождения до сентября 2003 г. – то есть в период несовершеннолетия Х. – в медицинской карте амбулаторного больного зафиксированы сведения об обращениях по поводу: до 3-х лет – отита; от 7-ми до 14-ти лет – фурункулов, ветряной оспы (1995 г.), опоясывающего лишая. Обращений к эндокринологу в указанной медицинской карте не зафиксировано.

В п. 1 ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» прямо указано, что граждане обязаны заботиться о состоянии своего здоровья [3]. П. 2 указанной статьи граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры. Будучи гражданкой Российской Федерации, Х. была обязана заботиться о состоянии своего здоровья, то есть при наличии жалоб и проявлений (симптомов) каких-либо заболеваний, патологических состояний обращаться в общую врачебную сеть для оказания необходимой консультативной, диагностической, медикаментозной и иной помощи. При проведении вышеупомянутых судебно-медицинских экспертиз № XX и № XXX установлено, что после сентября 2003 г. – то есть в период совершеннолетия Х. – в медицинской карте амбулаторного больного зафиксированы сведения об обращениях по поводу: 2005 г. – острый гнойный отит справа; 2005 г. – острый катаральный средний, наружный отит справа; 2008 г. – розовый лишай (грибковое поражение кожи); 2008 г. – опоясывающий лишай, угри вульгарные; 2008 г. – угревая сыпь; 2008 г. – угри вульгарные. В медицинской карте стационарного больного в разделе anamnesis vitae («история жизни») указано, что со слов матери (истицы), больная (Х.) около 3-х лет обильно пила воду, в течение последнего (предшествовавшего госпитализации) года страдала фурункулезом. После 2010 г. в медицинской карте амбулаторного больного не зафиксировано каких-либо обращений, в том числе к участковому терапевту, эндокринологу.

Согласно Приказа Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда», Х., будучи работником общеобразовательной организации, в соответствии с п. 18 Приложения № 2 «Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские смотры (обследования) работников» была обязана проходить осмотры у врачей-специалистов (один раз в год – дерматовенеролог, оториноларинголог и стоматолог; по рекомендациям перечисленных врачей-специалистов – также инфекционист) и исследования (один раз в год – рентгенография грудой клетки, исследование крови на сифилис; при поступлении на работу – мазки на гонорею, исследования на гельминтозы (в дальнейшем – не реже 1 раза в год либо по эпидпоказаниям)) [4]. Таким образом, в соответствии с указанным Приказом, она не обязана была проходить врача-специалиста – эндокринолога, а также не обязана была проходить исследование для определения уровня сахара (глюкозы) крови. Таким образом, претензий к качеству оказания медицинской помощи в плане отсутствия диагностики сахарного диабета до рассматриваемого в настоящем судебном процессе обращения не усматривается.

В целом, при анализе приведенной выше информации, становится ясно, что симптомы сахарного диабета наблюдались у Х. как минимум в течение трех лет до момента рассматриваемого обращения за медицинской помощью. Более того, частые инфекционные заболевания (отит, опоясывающий лишай, фурункулы) были зафиксированы у нее еще в период несовершеннолетия, что может свидетельствовать о значительно более раннем начале течения сахарного диабета. При этом, ни истица, ни Х. не были достаточно внимательны к состоянию здоровья Х., не были насторожены относительно явного нездоровья Х. с однотипными проявлениями инфекционных заболеваний и чрезмерно повышенного

потребления воды (которые, как указано выше, являются одними из основных симптомов сахарного диабета первого типа), не обращались по поводу указанных симптомов за медицинской помощью не только к профильному врачу-специалисту – эндокринологу, но даже и к специалистам участковой службы – педиатру, терапевту. Таким образом, в действиях как истицы (в период несовершеннолетия Х.), так и собственно Х. усматривается грубая неосторожность, которая способствовала увеличению морального вреда, обусловленного смертью Х. и причиненного истице. Согласно ст. 1083 Гражданского кодекса Российской Федерации, в таком случае размер возмещения может быть уменьшен [5]. Указанные обстоятельства не были проанализированы судом первой инстанции; решение, принятое без учета всех обстоятельств, значимых для разрешения дела по существу, является неправосудным. При этом необходимо отметить, что конкретные критерии принятия решения об уменьшении компенсации морального вреда и его – уменьшения – размера законом не оговорены и оставлены на усмотрение суда.

Другая значимая и регулярно встречающаяся ошибка касается трактовки причинно-следственных связей между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом ее оказания.

В современной науке принято оперировать несколькими | наиболее распространенными в силу своей обоснованности, применимости и воспроизводимости при повторном анализе| теориями причинно-следственных связей.

Распространенная теория общей причинной связи (теория причины-условия) под причиной понимает всякое предшествующее действие, без которого негативный результат не наступил. То есть «все причины, каким-либо образом связанные с наступившим результатом, признаются «равно-способствовавшие» его наступлению» [8]. Эта теория справедливо критикуется, так как при ее использовании на практике можно сделать абсурдные выводы: «Причиной смерти лица, например, умершего от простуды, будет и портной, сшивший ему холодное платье, и слуга, ошибочно уверивший его, что погода теплая, и извозчик, который вез его слишком медленно по улицам города в морозный день, и, наконец, он сам, надевший холодное платье в большой мороз» (см. Сергиевский Н. Д. О значении причинной связи в уголовном праве. Ярославль: Типография Г. Фальк, 1880. Т. 1. с. 38) [6]. По смыслу выводов судебно-медицинской экспертизы № ХХХ, при их формулировании комиссия экспертов оперировала именно теорией общей причинной связи, установив прямую причинно-следственную связь между всеми выявленными дефектами и наступлением смерти Х. Также следует отметить, что указанная теория оперирует понятиями наличия/отсутствия причинной связи, а не прямой причинно-следственной связи, использованным в выводах экспертизы № ХХХ.

Сахарный диабет 1-го типа обусловлен деструкцией β-клеток поджелудочной железы, отвечающих за выработку инсулина, и может быть как аутоиммунным, так и идиопатическим (с не установленной первопричиной). Типичными осложнениями сахарного диабета 1-го типа являются в том числе гипергликемия с кетоацидозом, которые и привели к наступлению смерти Х. Таким образом, неблагоприятный исход, выразившийся во вреде здоровью Х. и наступлении ее смерти, является прямым следствием обострения течения сахарного диабета [7].

Выявленные при проведении судебно-медицинских экспертиз № ХХ и № ХХХ дефекты оказания медицинской помощи по сути своей выразились в неполноте, недостаточности ее оказания. При этом при производстве экспертиз не установлено каких-либо дефектов, которые сами по себе вызвали (привели к развитию) какого-либо нового патологического состояния, не обусловленного хроническим течением сахарного диабета.

Как уголовный, так и гражданский процесс не предполагает рассмотрения случайных взаимосвязей, при рассмотрении дела по существу должны учитываться только обстоятельства, непосредственно обусловившие наступление неблагоприятных последствий. В таком случае следует оперировать теорией прямой и косвенной причинной связи, в соответствии с которой под прямой причинно-следственной связью понимается такая связь между причиной и следствием, при которой причина предшествует следствию во времени и является главной причиной, с неизбежностью повлекшей данный вред [6]. Как следует из упомянутых

выше материалов гражданского дела (медицинские документы, заключения экспертов), в данном случае такой главной причиной являлось заболевание – сахарный диабет, то есть выявленные дефекты оказания медицинской помощи не могут находиться в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти Х.

Рассматриваемый случай (причинение вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи) не предусмотрен законом как основание для возмещения причиненного вреда в случае, если вина причинителя вреда не установлена. Из приведенного анализа ясно, что вина предполагаемого причинителя вреда не была доказана, следовательно, решение суда первой инстанции подлежит пересмотру.

Таким образом, на развернутом примере показаны типичные ошибки судов при разрешении «врачебных дел» в гражданском процессе – как сугубо правовые (не установление вины причинителя вреда, игнорирование солидарного характера ответственности за причиненный вред), так и медико-правовые (в вопросе установления причинно-следственных взаимосвязей между деяниями медицинских работников и наступлением неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи).

Список литературы

1. *Кодекс о браке и семье РСФСР (утв. ВС РСФСР 30. 07. 1969 г.): http:||base.garant.ru| 10103535| #block_14000*
2. *Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ: http:||base.garant.ru| 10105807|*
3. *Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12191967|*
4. *Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда» от 12 апреля 2011 г. № 302н: http:||base.garant.ru| 12191202|*

5. *Гражданский кодекс Российской Федерации № 15-ФЗ от 26 января 1996 г.: http:||base.garant.ru| 10164072|*
6. *Отсутствие причинно-следственной связи как основание для исключения ответственности. Богданов Д. В. || Второй пермский конгресс ученых-юристов: материалы международной научно-практической конференции (г. Пермь, Пермский государственный национальный исследовательский университет, 28–29 октября 2011 г.) | отв. ред. О. А. Кузнецова; Пермский государственный национальный исследовательский университет. Пермь, 2011.*
7. *Эндокринология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.*
8. *Гражданское право: актуальные проблемы теории и практики | под общ. ред. В. А. Белова. М.: Юрайт-Издат, 2007. с. 878.*

Об авторах

Фокин Михаил Михайлович – врач – судебно-медицинский эксперт, юрисконсульт Государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Тула.

Райтер Марина Басировна – врач – судебно-медицинский эксперт Государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Тула.

Fokin Mikhail Mikhaylovich – the doctor – the forensic scientist, the legal adviser of State Healthcare Institution of Tula region of «Bureau of a forensic medical examination», Tula.

Raiter Marina Basirovna – the doctor – the forensic scientist of State Healthcare Institution of Tula region of «Bureau of a forensic medical examination», Tula.

Целоусова С. А., Костяев И. В., Гольман Е. А., Муравьева М. М.

О КАЧЕСТВЕ И ДЕФЕКТАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Статья посвящена анализу качества и дефектов оказания медицинской помощи при проведении судебно-медицинских экспертиз в негосударственных экспертных организациях по медицинским документам лечебных учреждений всех форм собственности.

Ключевые слова: *качество и дефект медицинской помощи; консультативная досудебная и судебно-медицинская экспертиза.*

Celousova S. A., Kostjaev I. V., Golman E. A., Murav'eva M. M.

ABOUT THE QUALITIES AND DEFECTS OF MEDICAL CARE DURING FORENSIC EXAMINATION

This article analyses the quality and defects of medical care during expert examination in non-state expert organizations by virtue of medical records provided by medical facilities of all ownership forms.

Key words: *quality and defective medical assistance; counseling, and pre-trial forensic examination.*

Поиски эффективных концепций развития здравоохранения и совершенствования охраны здоровья населения на современном этапе является достаточно сложным и многофакторным явлением, состоящем на стыке интересов государства, органов управления здравоохранением, администраций медицинских организаций (МО), медицинских работников и врачей с одной стороны и пациентов с другой. Главным субъектом правоотношений в сфере здравоохранения является население, которое нуждается в доступной медицинской помощи и надлежащего качества, предоставляемой в необходимом объеме. Право на такую помощь гарантировано Конституцией Российской Федерации.

Для анализа правового соотношения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» рассматривается как специальная деятельность, направленная на профилактику заболеваний, обследование пациента, диагностику, лечение, уход и реабилитацию в связи с заболеванием, иными расстройствами здоровья, беременностью и родами, что и обуславливает общее определение ее качества. Под качеством медицинской помощи понимается совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их применения, соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки, нормативно закрепленным стандартам, а также потребностям пациентов (удовлетворенности) и широко применяется в подзаконном правовом регулировании деятельности здравоохранения. Все это указывает на его правовой характер и юридическую значимость, однако при проведении судебно-медицинской экспертизы и в судебной практике возникает проблема юридической корреляции рассматриваемых понятий.

Нами в ООО «Экспертное бюро г. Ижевска» проведен анализ консультативных, судебно-медицинских и дополнительных (повторных) экспертиз по материалам 30 дел, представленных соответствующими органами правоохранительной системы и судопроизводства. Из них в 6 случаях рассматривался причиненный вред здоровью по материалам уголовной ответственности, при этом вопросы качества оказания медицинской помощи перед экспертом не были поставлены. В 24 случаях рассматривались вопросы гражданско-правовой ответственности медицинских организаций всех форм собственности и врачей, диапазон количества вопросов колебался в пределах от 3 до 18. По данным исковых заявлений пациентов или по вопросам, поставленным судами, систематизировать их характеристику и выделить основные факторы, которые бы вполне относились к требованиям качества медицинской помощи или услуг не представилось возможным. Заключение эксперта ограничено характером вопроса, играет в судебном процессе весьма большую роль, однако если не ставился вопрос качества оказываемой медицинской помощи и услуг, в этом случае мнение эксперта ограничено лишь обсуждением. Например, Закон Российской Федерации «О защите прав потребителей» определяет качество услуги (в том числе медицинской) как соответствие: условиям договора; требованиям, обычно предъявляемым к услугам подобного рода; целям, которые преследовал пациент (потребитель); обязательные требования к качеству,

установленные законом или стандартом. Отсутствие одной части вопросов и их последовательности, приводит к затруднениям конкретных выводов при ответах на вопросы в определении причинно-следственной связи. Только в 3-х случаях были поставлены вопросы о наличии дефектов медицинской помощи и врачебных ошибок. В другом случае примером вопросов оценки качества медицинской помощи, может служить совместный приказ Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации», определяющий основные принципы экспертной оценки в системе здравоохранения. В соответствии с требованиями и нормами этого документа оценка качества медицинской помощи осуществляется по критериям: удовлетворенности пациента (по данным анкетирования пациентов, находящихся на лечении в медицинской организации), соответствие федеральным стандартам, наличие дефектов и врачебных ошибок, выявленных по медицинской документации в ходе экспертизы качества медицинской помощи.

Исключив из исследования медицинские документы по уголовной ответственности, нами была дана общая оценка ненадлежащего качества оказания медицинской помощи и несоблюдение стандартов обследования и лечения в 22 случаях (что составляло 92,1%). Особую тревогу вызывают факты несоответствия медицинских документов (частичное переписывание в 2 случаях). При оценке качества и дефектов оказания медицинской помощи в правовом регулировании медицинской деятельности, было обращено внимание на то, что правоохранительной системой редко ставятся вопросы организации лечебного процесса, за которые несет свою долю ответственности администрация медицинского учреждения. Существует различная степень административного влияния в государственно-муниципальном и частном секторах здравоохранения в отношении критериев оценки качества медицинской помощи. Так при анализе выполненных 3-х судебно-медицинских экспертиз по медицинским документам частных клиник, во всех случаях не соблюдалось выполнение требований стандартов и порядков качества медицинской помощи, выбор лечебно-диагностической технологии, обеспечивающей их выполнение. При этом,

пациенты не удовлетворенные качеством оказываемых услуг, лишены возможности обращения в органы управления здравоохранением, поскольку возникающие конфликты являются предметом гражданско-правовых отношений в целом (договор пациента с частной медицинской организацией) и законодательства о защите прав потребителей в частности. Оказание медицинских услуг ненадлежащего качества в 2 случаях не соответствовало не только условиям договора и минимальным требованиям стандартов, но и привело к причинению вреда здоровью пациентов. При анализе судебно-медицинских экспертиз в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи, в медицинской документации отсутствовали данные объективного исследования, сведения о сопутствующих заболеваниях, не было письменного согласия (отказе) пациента (или родителей) на лечение или проведение манипуляции, во многих картах отсутствовал план лечения, кроме того, не было указано, какие конкретно методы лечения применялись. Во многих случаях не выполнены рентгеновские снимки и другие исследования, необходимые по стандарту. Соотношение недостатков обследования, лечения и реабилитации пациентов составляет соответственно 50 на 50,0%. Также в большинстве случаев встречались значительные сокращения в записях.

Таким образом, применительно к судебно-медицинской экспертизе в действующих правовых актах критерии оценки качества медицинских услуг и качества медицинской помощи имеют некоторые отличия. Заключение эксперта о качестве медицинской помощи и услуг, о медицинской деятельности лечебного учреждения, которая является достаточно сложной по структуре и регулируется несколькими отраслями права, играет в судебном процессе большую роль, однако иногда судом может быть принято лишь к сведению, как субъективное мнение специалиста.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Основы медицинского права России: Учебное пособие. М.: 2007. 360 с.*
2. *Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. Качество оказания медицинской помощи и предмет судебно-медицинской экспертизы || Правовые вопросы в здравоохранении. 2012. № 4. С. 78-86.*

3. *Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: http:||base.garant.ru| 12191967|*
4. *Муравьева М.М. Мониторинг качества медицинской помощи (на территориальном уровне и будущие гарантии): Материалы Российско-американской конференции университета штата Северная Каролина, Чапел-Хил, США. 1997. С. 24-29.*

Об авторах

Целоусова Светлана Анатольевна – директор ООО «Территория права–V», кандидат медицинских наук, Ижевск, svetlana.celousova@mail.ru

Костяев Иван Владимирович – директор ООО «Экспертное бюро г. Ижевска», юрист, Ижевск.

Гольман Елена Александровна – директор ООО «СК «ВСК-Милосердие», Ижевск.

Муравьева Мария Михайловна – зам. директора ООО «Территория права–V», кандидат медицинских наук; специалист эксперт ООО «Экспертное бюро г. Ижевска», Ижевск.

Раздел III

Современные аспекты медико-правового образования

Балтуцкая О.И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

Аннотация: Пропаганда правовых знаний и правовое обучение медицинских работников встают в единый ряд с такими задачами, как финансирование медицинских учреждений, кадровая политика, структурное реформирование и организация медицинской помощи на различных уровнях. Составление студентами ситуационных задач в рамках изучения дисциплин «медицинского права» стимулирует учебную деятельность не только заинтересованных в изучении предмета студентов, но и «отстающих». Проведение занятия в такой форме обусловливает повышение усвояемости учебного материала и «выживаемость» знаний.

Ключевые слова: *медицинское право, медицинские работники, обучение в медицинском ВУЗе, правовые знания, ситуационные задачи.*

Baltutskaya O. I.

EXPERIENCE WITH THE METHODS OF ACTIVE LEARNING AT THE MEDICAL LAW DEPARTMENT

The importance of legal knowledge promotion and training of healthcare professionals are among such tasks as medical organizations' funding, staff policy, Public Health organization and restructuring at different levels. Drawing up of situational problems by the students during the course of «Medical Law» encourages not only of interested in studying students learning activities but also the activity of the «laggards.» Conducting classes in this form causes an increase the digestibility of the material and the knowledge «survival».

Key words: *medical law, healthcare professionals, labor law, High Medical School Education, legal knowledge, situational problems.*

Важнейшим направлением деятельности кафедры медицинского права является формирование профессиональной компетенции специалистов с высшим образованием в области правовых основ охраны здоровья.

Необходимо также отметить, что потребность получения правовых знаний медицинскими работниками нашла отражение и в новых Федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС) по всем медицинским специальностям.

На кафедре созданы условия для закрепления студентами полученных из теоретических источников знаний в ходе решения ситуационных задач по самым актуальным темам практического здравоохранения, в частности: оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, соблюдение врачебной тайны, оказание медицинской помощи без согласия гражданина и т.п.

Изучение дисциплин в рамках «медицинского права» ставит задачу обеспечить выпускникам знание основных правил и принципов профессиональной врачебной этики, морально-этических основ современного медицинского законодательства, прав пациентов; обязанностей, прав и места врача в обществе, моральных норм внутри профессиональных отношений, формы взаимоотношения «врач – пациент», основных этических документов международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций, основных принципов и положений отраслей всех права, современного законодательства, регулирующего деятельность в сфере охраны здоровья граждан. Более того, предусмотрено, в частности, что выпускники по специальности «Медико-профилактическое дело» будут владеть «навыками работы с нормативной, нормативно-технической, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности санитарного врача ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».

Вместе с тем, самой большой сложностью в реализации новых образовательных стандартов стало перемещение преподавания на младшие (1, 2) курсы.

В процессе своей деятельности профессорско-преподавательский состав кафедры медицинского права столкнулся с такой проблемой: многие студенты младших курсов по целому ряду причин не могут подходить к учебному процессу творчески.

Как правило, основными причинами являлись несформированность личности, недостаток жизненного опыта, а также недостаточное представление о будущей практической деятельности и отсутствие специальных клинических знаний, дающих возможность определить грамотную, с юридической точки зрения тактику ведения пациентов в той или иной ситуации.

Зачастую складывалась такая ситуация, что несколько наиболее активные студенты изучали дополнительную литературу, работали с нормативно-правовыми документами и источниками, а основная масса продолжала учиться по старому способу. Сосредоточение внимание на основной массе студентов приводило к тому, что наиболее активные и перспективные для дальнейшей научно-исследовательской работы студенты постепенно прекращали свои изыскания.

Сложившаяся ситуация заставила сотрудников кафедры провести анализ сложившейся ситуации. Были разработаны анкеты для студентов и преподавателей, проведено анкетирование на выявление наиболее трудных и наиболее интересных способов обучения. В опросе приняли участие студенты лечебного, стоматологического, медико-профилактического, педиатрического и других факультетов, всего – 300 человек, а также преподаватели кафедры медицинского права – всего 11 человек.

Согласно результатам опроса, проведенного среди преподавателей кафедры медицинского права и студентов, наиболее востребованы методы активного обучения – ситуационные задачи и тестовые задания. Учитывая наличие специальных профессиональных знаний у студентов старших курсов медицинского ВУЗа при подготовке медицинских работников наиболее эффективно использовать систему взаимосвязанных ситуационных задач.

В следующей таблице приведены примеры взаимосвязанных ситуационных задач для курса «Юридические основы деятельности врача» (табл. 1).

Таблица 1.

Примеры ситуационных задач

Тема семинара	Ситуационная задача	Познавательный вопрос
Оказание медицинской помощи без согласия граждан	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.	Каковы действия дежурной бригады?

Тема семинара	Ситуационная задача	Познавательный вопрос
Оказание медицинской помощи без согласия граждан	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 18 лет в сопровождении родителей в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение	Каковы действия дежурной бригады?
— * —	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 13 лет в сопровождении бабушки в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.	— * —
Информированное согласие	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в состоянии крайней тяжести, в спутанном сознании. Диагноз при поступлении: Острая кровопотеря. От переливания крови отказался в устной форме.	— * —
— * —	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 13 лет в сопровождении бабушки в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Острая кровопотеря. От переливания крови бабушка отказалась в устной форме, объясняя это опасением инфицировать ребенка какими-либо вирусными заболеваниями, возбудители которых могут находиться в переливаемой крови.	— * —
— * —	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 13 лет в сопровождении родителей в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Острая кровопотеря. От переливания крови родители отказались, объясняя это опасением инфицировать ребенка какими-либо вирусными заболеваниями, возбудители которых могут находиться в переливаемой крови. Родители подписали информированный отказ от проведения гемотрансфузии.	Каковы действия дежурной бригады

Составление студентами ситуационных задач стимулирует учебную деятельность не только заинтересованных в изучении предмета студентов, но и «отстающих». Проведение занятия в такой форме обусловливает повышение усвояемости учебного материала и «выживаемость» знаний.

Пропаганда правовых знаний и правовое обучение медицинских работников встают в единый ряд с такими задачами, как финансирование медицинских учреждений, кадровая политика, структурное реформирование и организация медицинской помощи на различных уровнях.

Сделать все необходимое, чтобы восполнить пробел в профессиональной подготовке медицинского персонала в области правовых знаний является наиважнейшей задачей в настоящий момент. Это приобретает особое значение в связи с тем, что в статье 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» прямо указано на то, что сертификат специалиста может выдаваться только врачу, обладающему надлежащими знаниями «по теории и практике избранной специальности, а также вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан».

Сотрудники кафедры медицинского права видят свою главную задачу в том, чтобы студент, находясь еще на академической скамье, осознал необходимость постоянного совершенствования своих знаний в медико-правовом направлении, приобрел осоз-

нанную уверенность в том, что знания медицинского права крайне необходимы не только для того, чтобы надлежаще осуществлять свою профессиональную деятельность, но и защитить себя от всевозможных юридических превратностей.

Список литературы:

1. *Учебно-методическая и научно-практическая деятельность кафедры медицинского права Первого МГМУ им.И.М.Сеченова [Сергеев Ю.Д. и др.] || Медицинское право. 2013. № 4. С.3-14.*
2. *Учебник «Правоведение. Медицинское право» | Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: МИА, 2014. 552 с.*
3. *Задачи и опыт кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова в медико-правовой подготовке специалистов сферы здравоохранения [Галь И.Г. и др.] || Медицинское право. № 1. С. 49-52.*

Об авторе

Балтуцкая Ольга Ивановна – к.м.н., старший преподаватель кафедры медицинского права Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Olga I. Baltutskaya – MD, PhD, senior lecturer of the Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, baltutskaya@yandex.ru

Евдокимова А. Н.

ЭФФЕКТИВНАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕРА АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аннотация: Статья посвящена анализу преимуществ технологии самоорганизации преподавателем своей педагогической деятельности, ее влияние на качество усвоения учебного материла студентами фармацевтического факультета, которое является условием предупреждения административных правонарушений в их будущей профессии.

Ключевые слова: *педагогическая деятельность, компетенции, административные правонарушения.*

Evdokimova A. N.

EFFECTIVE PEDAGOGICAL ACTIVITY AS A PREVENTIVE MEASURE OF ADMINISTRATIVE VIOLATIONS IN THE IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL ACTIVITY

Annotation: The article analyzes the advantages of the technology of self-organization the teacher's pedagogical activity, its impact on the quality of mastering of educational material for students of pharmaceutical faculty, which is the condition for the prevention of administrative violations in their future profession.

Keywords: *teaching activities, competences, administrative offence.*

В настоящее время перед преподавателем стоит задача организовать свою деятельность таким образом, чтобы студент смог успешно развить профессиональные компетенции в соответствии с требованиями ФГОС. Несомненно, что высокий уровень профессионализма педагога предполагает учебно-познавательный интерес к новому учебному материалу и способам решения частной задачи, а также понимание причин успешности учебной деятельности. Саморазвитие, в том числе развитие самостоятельности и формирование личностного смысла учения совершенствуют педагогические функции, связанные с обучением и воспитанием студентов. При разработке методического руководства дисциплины «Правоведение», основой которого стали

научные положения психологической теории деятельности, системного и компетентностно-деятельностного подходов к организации образовательного процесса, сама сущность преподавательской деятельности представилась по – новому, нежели это принято в традиционной педагогике. Педагогическая деятельность – это деятельность педагога, направленная на организацию для каждого учащегося в учебном процессе в соответствии с его объективными психолого-педагогическими закономерностями и психолого-возрастными характеристиками учащегося системы условий, не только обеспечивающей, но и вынуждающей действовать правильно, в требуемой форме и с заданными показателями [1; С.22].

Необходимость получения правовых знаний отражена в новых Федеральных государственных образовательных стандартах по всем медицинским и фармацевтическим специальностям как высшего, так и среднего профессионального образования [2; С.1]. В частности, выпускник программ специалитета 060301 Фармация должен обладать следующими профессиональными компетенциями «…способность и готовность к принятию мер по своевременному выявлению лекарственных средств, пришедших в негодность, лекарственных средств с истекшим сроком годности, фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств и изъятию их из обращения в целях дальнейшего уничтожения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации; способность и готовность к участию в осуществлении подготовки фармацевтических предприятий и организаций к прохождению процесса лицензирования, а также инспекционных проверках различного уровня» [3; С.7].

Вместе с тем анализ судебной и экспертной практики по делам об административных правонарушениях [4], совершаемых фармацевтическими организациями и фармацевтическими работниками определил как наиболее часто совершаемые следующие деяния: неправомерный отказ в предоставлении гражданину и (или) организации информации, предоставление которой предусмотрено федеральными законами, несвоевременное ее предоставление либо предоставление заведомо недостоверной информации; а также нарушение правил оборота наркотических

средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры.

В связи с этим, появилась необходимость пересмотра учебно-методического обеспечения образовательного процесса, так как вполне очевидно, что знание правовых основ осуществления фармацевтической деятельности, в целом, и особенности привлечения к юридической ответственности, в частности, является обязательным и принципиально значимым для профессиональной подготовки фармацевтов.

Разработанная О.М. Коломиец инновационная технология самоорганизации педагогической деятельности, состоящая из шести структурных этапов деятельности, как раз и предполагает, что овладев ею, преподаватель сможет в любой новой педагогической ситуации выстроить самостоятельно, без ошибок свою педагогическую деятельность в учебном процессе. Универсальная технология включает ориентировочный, планирующий, исполнительский, контрольный, оценочный и коррекционный этапы деятельности, которые в ее структуре выступают автономными видами деятельности. Содержание каждого из них раскрывается компонентами деятельности: целью (что нужно сделать), предметом (на что будет направлена деятельность), методом, средствами, формами, составом действий и операций (способы выполнения действий), продуктом и результатом(то, что задается в цели) [1; С.41].

Исходным моментом в профессиональной деятельности преподавателя является подготовка учебного материала, подлежащего усвоению в образовательном процессе. Перед тем как этот учебный материал «пересадить» в голову учащегося (П.Я. Гальперин), преподаватель должен его каким-то образом организовать [5; С.9]. В психолого-педагогической науке определена зависимость качества усвоения обучаемым учебного материала любой степени сложности не столько от уровня его наследственности, мотивации и др., сколько от двух факторов, к которым хотелось бы привлечь внимание преподавателя. Первый из них – это форма

организации содержания подлежащего усвоению учебного материала. Информацию, изложенную в виде неструктурированных текста, схем, таблиц, представленную как «кучу» знаний сложно усвоить (и разобраться в ней) даже самому «сильному» студенту. В то же время, если материал систематизирован, представлен в виде таблицы, имеющей уровни «горизонтальные» и «вертикальные», связи между элементами материала показаны стрелочками и т.д., то в таком материале может успешно разобраться и любой «слабый» студент [6; С.64].

Второй фактор, определяющий эффективность усвоения учебного материала, – это структура и содержание той деятельности, в которой этот материал усваивается учащимся [7; С.12]. Если преподаватель предлагает ему пассивную деятельность по заучиванию и воспроизведению учебного материала по памяти, то можно прогнозировать низкий уровень усвоения знаний. Если учащемуся предлагается познавательная, учебно-исследовательская деятельность с учебным материалом по специальной исследовательской программе, то в конце этой деятельности знания запоминаются непроизвольно и эффективно, являясь продуктом выполненной с ними познавательной деятельности. Они усваиваются эффективно, т.к. становятся «живыми» (А.А. Вербицкий) [8; С.108].

Таким образом, высокий уровень усвоения каждым студентом учебного материала зависит от владения преподавателем одной из исходных важных профессиональных компетенций – организовать учебный материал и деятельность студента, в которой он не мог бы не усвоить учебный материал качественно. При этом, несомненно, мы формируем в рамках правовых дисциплин как правосознание студента, так и активную его гражданскую позицию, и предупреждаем совершение им противоправных деяний, в том числе и административных правонарушений.

Список литературы:

1. *Коломиец О.М. Самоорганизация преподавателем педагогической деятельности. М.: Изательство «Граница», 2011. 222 с.*
2. *Учебно-методическая и научно-практическая деятельность кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М.Сеченова [Сергеев Ю.Д. и др.] // Медицинское право. 2013. № 4 (50). С. 3-14.*

3. *Приказ Минобрнауки РФ от 17.11.2011 №38 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация (квалификация (степень) «специалист)» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.04.2011 № 20502). URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 29.05.2015).*
4. *Административная и судебная практика Управления Роспотребнадзора по г.Москве в 2014 году. URL: http://rospotrebnadzor.ru (дата обращения: 03.06.2015).*
5. *Лифшиц В.Я., Нечаев Н.Н. Деятельность преподавателя вуза как развивающийся процесс. М.: Изд-во МГУ, 1988. С. 6-22.*
6. *Коломиец О.М., Фокина М.А., Егорова Е.С. Психолого-педагогические условия повышения уровня подготовки студентов в медицинском вузе // Сеченовский вестник. 2012. №3. С. 64-69.*
7. *Новиков А.М. Методология учебной деятельности. М.: Издательство «Эгвес», 2005. 176 с.*
8. *Вербицкий А.А. Методы обучения: традиции и инновации // Вестник Воронежского государственного технического университета. 2014. № 3.2. С. 106-111.*

Об авторе

Евдокимова Анна Николаевна – ассистент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, evdokimovaan@bk.ru

Anna Evdokimova – assistant professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, evdokimovaan@bk.ru

Елина Н. К.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В статье рассматривается одна из актуальных проблем – нормативно-правовое регулирование подготовки современного медицинского работника. Выделены отдельные аспекты, требующие оптимизации и совершенствования.

Ключевые слова: *врач, государственная политика в сфере здравоохранения, диплом, здравоохранение, законодательство, законодательство о здравоохранении, закон, медицинская деятельность, медицинское право, медицинский работник, медицинское учреждение, юридическая ответственность.*

Elina N. K.

LAW ASPECTS OF THE UP-TO-DATE MEDICFL SPECIALIST TRAINING

The article is devoted to one of the most topical issue – legal and regulatory framework of the up – to – date medical specialist training. The separate aspects demanding optimization and perfection are allocated.

Keywords: *doctor, a state policy in the health care sphere, diploma, health care, legislation, health care legislation, law, medical activity, medical law, medical personal, medical institutions, legal responsibility.*

В современных условиях эффективность деятельности медицинского работника во многом зависит от его профессиональной подготовки и требует постоянного улучшения теоретической подготовки и совершенствования практических навыков. В период бурно развивающихся новых медицинских технологий существующая система не отвечает запросам заказчиков образовательных услуг – как работодателей, так и практикующих специалистов. За последние годы требования к программам подготовки специалистов в высшем учебном заведении претерпели значительные перемены, в связи с внедрением федеральных государственных образовательных стандартов. Однако утвержденные стандарты в системе подготовки медицинских работников имеют недостатки.

Согласно требованиям стандартов нового поколения (внедряемые с сентября 2011 г.) изучение юридических дисциплин «Правоведение», «Правовые основы здравоохранения» перенесено со старшего (выпускного) курса на младшие, например стоматология – второй курс, лечебное дело – первый курс. Собственный опыт преподавания юридических дисциплин в медицинском высшем учебном заведении свидетельствует о нецелесообразности данного нововведения. У студентов младших курсов (восемнадцать-девятнадцать лет), изучающих Правоведение возникают трудности при изучении данной дисциплиной, особенно с разделом трудовое право. Ведь часов для изучения дисциплины немного.

Квалификационная характеристика любого специалиста (медицинского работника) обязывает его знать основы законодательства о здравоохранении. Дисциплина «Правоведение» включает следующие разделы: теория государства и права, конституционное право, гражданское право, семейное право, трудовое право, уголовное право, административные правонарушения и административная ответственность, информационное право, экологическое право, которые являются основой для изучения вопросов правового регулирования медицинской деятельности. После изучения дисциплины «Правоведения» студентам целесообразно изучить дисциплину «Медицинское право». В настоящее время в юридической и медицинской литературе уделяется большое внимание наименованию отрасли права – врачебное, медицинское, здравоохранительное, биомедицинское право. Данная дискуссия достаточно сложная и не касается рассматриваемых в данной статье вопросов.

Дисциплина «Медицинское право» не является обязательной дисциплиной для изучения в высшем медицинской образовательном учреждении. Студент изучает ее в случае высказанного желания, что конечно недопустимо.

Требованием современного медицинского образования является получение студентами, слушателями необходимых правовых знаний. За последние годы принято большое количество нормативно-правовых актов регулирующих медицинскую деятельность. Поэтому успех лечения пациентов зависит не толь-

ко от профессиональной подготовки медицинских работников, медицинского оснащения, материальной базы, но и от тех взаимоотношений, которые складываются у пациента с коллективом медработников (врачом, медицинской сестрой, фельдшером и др.).

Большое количество правовых документов в сфере осуществления медицинской деятельности и постоянное не только изучение, но и совершенствование медицинского законодательства, требует от преподавателей систематической адаптации нормативной базы для адекватного восприятия студентами, слушателями. Но дисциплина по выбору может студентами и не быть выбранной, что не позволяет преподавателю иметь необходимое и достаточное время для подготовки. Стремительное увеличение потока информации, требует постоянного усовершенствования преподавателей для того, чтобы оставаться на острие науки.

В настоящее время существует необходимость отражения в новых образовательных стандартах, для всех медицинских и фармацевтических специальностей:

- ✓ Изучение дисциплины «Правоведение» на старшем курсе.
- ✓ Изучение дисциплины «Медицинское право», как обязательной, а не по выбору.
- ✓ Изучение дисциплины «Медицинское право» осуществлять в следующем семестре после изучения дисциплины «Правоведение».
- ✓ Обязательное изучение вопросов Юридического обеспечения медицинской деятельности на факультетах после дипломного дополнительного образования.

Знание медицинскими работниками законодательства в области правового регулирования медицинской деятельности, представление о своих правах, обязанностях, о юридической ответственности, наступающей за различные профессиональные нарушения, а также знание прав пациента (законного представителя) составляют основу правовой культуры медицинских работников, тем самым выполняются нормы профессиональной этики. Упорядочение правовых знаний медицинского работника способствует наиболее полному обеспечению охраны здоровья населения.

Требованием современного медицинского образования является получение студентами, слушателями необходимых правовых знаний. Большое количество правовых документов в сфере осуществления медицинской деятельности и постоянное не только изучение, но и совершенствование медицинского законодательства, требует от преподавателей систематической адаптации нормативной базы для адекватного восприятия студентами, слушателями.

Список литературы:

1. *Биомедицинское право в России и за рубежом: монография | Г. Б. Романовский, Н.Н. Тарусина, А.А. Мохов [и др.]. Москва: Проспект, 2015. 368 с.*
2. *Елина Н.К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг | Н.К. Елина. Самара: ООО «Офорт», 2006. 196 с.*
3. *Приказ Минобрнауки РФ от 08.11.2010 № 1118 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 Лечебное дело (квалификация (степень) «специалист»)» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 20.12.2010 № 19261) || «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти». № 7. 14.02.2011.*
4. *Приказ Минобрнауки России от 14.01.2011 № 16 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060201 Стоматология (квалификация (степень) «специалист»)» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.03.2011 № 20358) || «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти». № 21. 23.05.2011.*

Об авторе

Елина Наталья Константиновна – заведующий кафедрой гуманитарных дисциплин частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», кандидат юридических наук, доцент, Самара, Elina-Natali@mail.ru

Elina Natali – The Head of the Humanitarian disciplines department of Private educational of higher education «Medical university «Reaviz», humanitarian disciplines department manager, candidate of law sciences, docent, Samara, Elina-Natali@mail.ru

Породенко В. А., Ломакина Л. И., Травенко Е. Н., Быстрова Е. И.

АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА БУДУЩИМИ ВРАЧАМИ

Статья посвящена анализу ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья». Особое внимание уделено проблеме ответственности, рассматриваемой с позиций правовых норм различных отраслей права.

Ключевые слова: *Обязанности граждан в сфере охраны собственного здоровья и здоровья других лиц, юридическая ответственность граждан.*

Porodenko V. A., Lomakina L. I., Travenko E. N., Bystrova E. I.

ANALYSIS OF THE PROVISIONS ON THE RESPONSIBILITIES OF CITIZENS IN THE FIELD OF HEALTH IN THE CONTEXT OF ITS EXAMINATION OF THE FUTURE DOCTORS OF MEDICAL LAW

The article is devoted to analysis of art. 27 of the Federal law «On the fundamentals of protection of the health of citizens in the Russian Federation» – «Responsibilities of citizens in the field of health». Particular attention is paid to the issue of liability, the legal positions with different branches of the law.

Keywords: *Duties of the citizens in the sphere of protection of their own health and that of other persons, legal responsibility of citizens.*

Новеллой отечественного законодательства является положение статьи 27 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах…») указывающее на обязанности граждан в сфере охраны здоровья. Включение охраны собственного здоровья в сферу обязанностей гражданина произошло впервые. Ранее действовавшие Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г. подобной нормы не содержали.

В правовом поле здравоохранения подробно регламентированы обязанности и ответственность врача за жизнь и здоровье пациента, в то время как обязанности и ответственность граждан за сохранение собственного здоровья никогда не являлись предметом законодательного регулирования. Кроме того, в общественном сознании прочно закрепился стереотип, что ответственность врача усилена его профессиональным долгом [4]; поэтому и создается впечатление, что единственные люди, которые несут правовую и нравственную ответственность за жизнь и здоровье граждан, – медицинские работники [2].

С таким мнением не согласуются данные ВОЗ, по которым в структуре здоровья отводится только 10 % системе здравоохранения, а до 60 % – образу жизни самого индивида. Этот факт не осознается многими нашими соотечественниками, преобладает иждивенческая позиция в вопросе о собственном здоровье. Много лет назад профессор Н. М. Амосов подчеркивал: если человек не ведет здоровый образ жизни, он должен «точно знать, что сам виноват в своих болезнях. Сам, а не природа, не снабжение, не бытовые условия и, уж во всяком случае, не врачи, которые обещали вылечить и обманули. Именно этими причинами люди объясняют свои болезни» [1]. Он же доказывал, что практическая медицина не несет ответственности за уровень здоровья своих пациентов.

Целью нашей работы явился анализ положений статьи 27 ФЗ «Об основах…» и соответствующих ей нормативных актов, изучаемых в процессе преподавания основ медицинского права будущим врачам.

Часть 1 статьи 27 устанавливает – «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья», но об ответственности за неисполнение этой обязанности умалчивает.

Фундаментальным принципом теории государствоведения является принцип единства прав и обязанностей субъектов права, т.е. при невыполнении юридических обязанностей должна наступать юридическая ответственность, которая предусматривает различные санкции. Однако возникает вопрос: какие юридические последствия могут быть при отсутствии у гражданина заботы о собственном здоровье, является ли это правонарушением? Значит ли это, что сформулированная в ч. 1 ст. 27 правовая норма является декларативной, поскольку действующее законодательство не предусматривает ровным счетом никакой ответственности за уклонение от исполнения такой обязанности? Так, человек может потерять трудоспособность, стать глубоким инвалидом в

результате курения табака или злоупотребления алкоголем, но правовых норм, наказывающих за такое поведение, нет.

Практически единственным видом наказания за причинение вреда своему здоровью является административная ответственность за немедицинское употребление наркотических средств (ст. 6. 9 КоАП РФ). Сослаться на уголовную ответственность за членовредительство по ст. 339 УК РФ нельзя, так как эта статья охраняет интересы воинской службы.

В этом аспекте наш опыт работы со студентами показывает эффективность анализа вопроса обязанностей родителей заботиться о здоровье своих детей. Согласно п. 1 ст. 63 Семейного кодекса РФ, «Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей». В п. 1 ст. 65 СК РФ говорится, что «…При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию». В этом плане весьма острой проблемой является установление правомерности отказа родителей от медицинского вмешательства при оказании помощи ребенку по разным мотивам – религиозным соображениям, недоверием к врачам либо непониманием сложности ситуации с медицинской точки зрения и т.д. Можно ли расценивать отказ от медицинского вмешательства по жизненным показаниям как невыполнение родительских обязанностей? Но под предлогом отказа от медицинского вмешательства врач не может исключить и умысел на причинение вреда ребенку.

Пункт 5 статьи 20 ФЗ «Об основах…» предусматривает при отказе родителей от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни ребенка, право медицинской организации обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Однако в качестве санкций для родителей можно ожидать только лишение или ограничение родительских прав.

Вместе с тем, Кодекс РФ об административных правонарушениях содержит статью 5. 35, наказывающую за «неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по

содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних». Кроме того, статья 6. 10 грозит родителям административным штрафом до двух тысяч рублей за вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе.

В этой связи целесообразно обращение к статье 2. 9 Закона Краснодарского края об административных правонарушениях от 17 июля 2003 г. 608-КЗ (в ред. от 31. 03. 2014 № 2936-КЗ), которая в части 3 предусматривает административный штраф «за необеспечение родителями (лицами, их заменяющими) мер по содействию физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей в соответствии с частями 3-7 статьи 3 Закона Краснодарского края «О мерах по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Краснодарском крае».

Как видим, обязанности родителей (или лиц их заменяющих) по сохранению здоровья детей подкреплены определенными видами юридической ответственности, в отличие от обязанности граждан заботиться о своем здоровье.

Изучая далее положения статьи 27 (часть 2) ФЗ «Об основах…» предусматривающие обязанности граждан проходить медицинские осмотры, медицинское обследование и лечение в случаях заболеваний, представляющих опасность для окружающих, мы обращаемся к проблемам недобровольного оказания медицинской помощи, принудительным мерам медицинского характера и вопросам умышленного заражения другого лица такими болезнями, как ВИЧ-инфекция, венерические болезни (УК РФ, ст. 121-122).

Обязательное медицинское обследование предусмотрено, например, ст. 33 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», ст. 10 ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ». Административная ответственность установлена за сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения (ст. 6.1 КоАП РФ).

Таким образом, можно резюмировать, что гражданин юридически обязан заботиться о здоровье других лиц, с которыми он

вступает в различные отношения. Что же касается заботы о собственном здоровье, то, согласно части 3 ст. 27 ФЗ «Об основах…», которая обращена к пациентам лечебных учреждений, – «Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях». В ранее действовавших «Основах…» в ст. 58 лечащему врачу разрешалось «…отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения» и выписать пациента.

В новом ФЗ «Об основах…» 2011 г. в статье 70 «Лечащий врач» право лечащего врача отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения сохранено, но пациент не пострадает, так как должностное лицо (руководитель) медицинской организации обязано организовать замену лечащего врача.

Вместе с тем, об ответственности можно говорить применительно к пациентам из числа застрахованных в режиме обязательного социального страхования. В п. 3 ч. 2 ст. 4. 3 ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» говорится о том, что застрахованные лица обязаны «…3) соблюдать режим лечения, определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения больного в медицинских организациях…». В случае невыполнения такой обязанности страховщик вправе взыскать с виновного причиненный ущерб. То есть для пациента наступает гражданско-правовая ответственность.

В заключение следует подчеркнуть, что в юридическом аспекте к обязанностям гражданина в сфере охраны собственного здоровья относятся его обязанности соблюдения режима лечения и правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, в которое он обратился. Обязанность заботиться о сохранении собственного здоровья относится к пожеланию, которое может быть реализовано личностью путем формирования и соблюдения здорового образа жизни.

Поскольку врач сопровождает человека практически всю жизнь [3], он имеет возможность очень рано начинать пропаганду здоровья, если сам ведет здоровый образ жизни и принимает на себя ответственность за свое здоровье. Именно в этом контексте нами осуществляется преподавание основ медицинского права студентам младших курсов. Успешность нашей работы зависит также от наметившейся переориентации медицины на изучение здоровья здоровых и обеспечение этого направления соответствующими кадрами, структурами и нормативными актами.

Список литературы

1. *Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. 3-е изд., доп., перераб. М.: Физкультура и спорт, 1987. 64 с.*
2. *Петров В. И., Седова Н. Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. М.: Издательство «Триумф», 2002. 192с.*
3. *Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Журилов Н. В. и др. Учебно-методическая и научно-практическая деятельность кафедры медицинского права Первого МГМУ имени И. М. Сеченова по реализации современных требований к правовой подготовке медицинских работников России || Медицинское право. 2013. № 4 (50). С. 3-14.*
4. *Сергеев Ю. Д., Кузьмин С. Б. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника – актуальная проблема || Медицинское право. 2014. № 4 (56). С. 3-7.*

Об авторах

Породенко Валерий Анатольевич – зав. кафедрой судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, профессор, доктор медицинских наук, Краснодар.

Ломакина Людмила Иосифовна – ст. преподаватель кафедры судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, доцент, кандидат медицинских наук, Краснодар.

Травенко Елена Николаевна – доцент кафедры судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, доцент, кандидат медицинских наук, Краснодар.

Елена Ивановна Быстрова – доцент кафедры судебной медицины Кубанского Государственного Медицинского Университета, кандидат медицинских наук, Краснодар

Valery A. Porodenko – Director Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, Professor, doctor of medical sciences, Krasnodar.

Lyudmila I. Lomakina – art. Lecturer, Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, Associate Professor, candidate of medical sciences, Krasnodar.

Elena Nikolaevna Travenko – Associate Professor of the Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, Associate Professor, candidate of medical sciences, Krasnodar.

Elena Bystrova – Associate Professor of the Department of forensic medicine of the Kuban State Medical University, candidate of medical sciences, Krasnodar

Тимофеева М. Ю.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ «ДЕЛОВОЙ ИГРЫ» В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДЛЯ УГЛУБЛЕННОГО ИЗУЧЕНИЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ

(НА ПРИМЕРЕ ЗАКОНА «О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ»)

Статья посвящена проблемам применения игровых методов обучения на практических занятиях по «Правоведению» в процессе изучения студентами медицинских вузов нормативных документов.

Ключевые слова: *активные методы изучения, «Деловая игра», подготовительный этап, нормативные документы, презентация,*

Timofeeva M. Y.

FEATURES OF «BUSINESS GAME» IN THE PROCESS OF TEASHING STUDENTS TO STUDY IN DEPTH THE MPF NORMATIV-LEGAL BASE

The article investigates the application of game methods of training in practical classes on «Jurisprudence» in the process of studying the medical students of normative documents.

Keywords: *Active methods of study, «Business Game», a preparatory stage, regulatory documents, presentations.*

На современном этапе реформы здравоохранения, подготовка студентов в медицинских вузах требует применения активных методов обучения для повышения качества образования и конкурентоспособности будущих специалистов.

В этой связи, классические подходы методов обучения значительно расширяются, а иногда и заменяются, информационными и мобильными технологиями. В основе педагогического процесса, для формирования профессионального мышления будущих санитарных врачей, все чаще лежит творческий подход, благодаря которому, преподавательский состав успешно применяет ИГРОВЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ, позволяющие более эффективно усваивать объемный учебный материал.

Исходя из опыта, мы можем утверждать, что систематическое проведение семинарских занятий по форме «ДЕЛОВАЯ ИГРА», способствует повышению качества подготовки специалистов.

Именно поэтому, в основе подготовительного этапа предстоящей деловой игры, по дисциплине «ПРАВОВЕДЕНИЕ», лежит мотивация студентов:

- ✓ углубленное изучение нормативного документа с позиции применения его положений не по окончанию обучения, а в повседневной профессиональной деятельности;
- ✓ развитие у студентов стремления самостоятельно разобраться в сложных профессиональных вопросах;
- ✓ на основе глубокого системного анализа имеющихся фактов и событий выработать оптимальное решение по исследуемой проблеме для реализации его в практической деятельности.

Для проведения подобного занятия, преподаватель, как правило, более тщательно готовит сценарий занятия (иногда он представляет собой схематичное описание выбранной темы (основные проблемы и структуры), с указанием времени, целей, задач, средств исполнения.

Разрабатывается комплексное задание, которое включает:

- ✓ целевые установки обучаемым на самостоятельную работу;
- ✓ методические рекомендации по применению технических средств;
- ✓ основную литературу, необходимую для подготовки;
- ✓ проблемные задачи и задания;
- ✓ вопросы для самоконтроля, которые выделяют единую (общую) проблему предстоящего обсуждения.

Подобный вид семинарского занятия позволяет осуществлять обучение как совместную творческую деятельность преподавателя и студентов, значительно повышая эффективность и качество подготовки специалистов.

Необходимо помнить, что познавательные задачи для студентов:

- ✓ должны быть доступны по своей сложности;
- ✓ должны не просто учитывать возможности и готовность студентов к восприятию данного учебного материала, а быть значимы не только для усвоения нового материала, но и для формирования и закрепления профессиональных навыков.

Считается, что основной метод проблемного обучения, – логически стройное устное изложение, которое точно и глубоко освещает основные положения темы, с помощью соответствующих методических приемов (постановка проблемных и информационных вопросов, выдвижение гипотез, их подтверждение или опровержение, анализ ситуации), где преподаватель побуждает студентов к совместному размышлению, поиску неизвестного (оптимального) решения поставленной проблемы.

Как показывает опыт, «Деловую игру» можно успешно применять практически на всех видах занятий при условии, что преподаватель, студенты и учебный материал подготовлены к занятию и у преподавателя выработан четкий план его проведения.

Не смотря на разнообразие имитационного игрового метода, для студентов медико-профилактического факультета, учитывая специфику их будущей профессии, на наш взгляд, наибольшим успехом, помимо деловых игр, пользуется «бригадно-ролевой метод» [1].

И так, для закрепления учебного материала по ФЗ «О защите прав потребителя», преподаватель может провести «Деловые игры» по следующим темам:

«Правовое регулирование отношений в области защиты прав потребителей по договору купли-продажи» (материалы ст. 1-26)

«Правовое регулирование отношений в области защиты прав потребителей при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги)» (ст. 27-39)

«Порядок государственной и общественной защиты прав потребителей» (ст. 40-46).

Для этого, с учетом выбранной темы, все студенты делятся на группы – предполагаемых участников разбираемой ситуации, т.е., если разбирается ситуация «обманутого покупателя», то в роли покупателя, естественно выступает преподаватель, который с помощью ситуационных задач и вопросов, заставляет участников – «производителей»; «поставщиков», «посредников», «продавцов», «сотрудников РОСПОТРЕБНАДЗОРА «ссылаясь на положения и статьи нормативных документов, обговорить не только правовой

статус конкретного участника данной цепи производства и реализации товара, но и определить меру их ответственности, размер штрафных санкций, сроки годности и службы товара, особенности гарантийного срока (гарантийной страховки), порядок проведения экспертиз в случае предъявления ПРЕТЕНЗИИ и ЖАЛОБЫ, как на сам товар, так и на оказанную услугу.

Необходимо обратить внимание, что в основе лежат предлагаемые ситуации потребителя (преподавателя), который заранее должен продумать не только «цепь злоключений» – приобретение, выявление дефекта – констатация причинения вреда здоровью, или морального вреда, но и продумать всю очередность «своих попыток возмещения» – получения компенсаций.

Составляется структура «примерного плана» предстоящего занятия, где освещены:

- ✓ тема занятия;
- ✓ учебная цель занятия – какие навыки закрепить у студентов и повторение учебного материала (нормативно-правовой базы);
- ✓ описание изучаемой проблемы – выбор темы;
- ✓ обоснование поставленной задачи – рекомендуется найти либо межпредметные связи выбранной проблемы, или возможной будущей специализацией студентов;
- ✓ план деловой игры – можно схематичный план чередования ситуационных задач и вопросов, логически выстраивающих весь ход занятия и предварительные выводы;
- ✓ общее описание процедуры игры – оформление аудитории, техническое оснащение, презентации;
- ✓ содержание ситуации и характеристик действующих лиц – подготовка домашних заданий для студентов (в письменном виде).

В комплексных деловых играх характерны три этапа: подготовительный, основной и заключительный.

ЦЕЛЬЮ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА является подготовка обучаемых к участию в игре.

Для этого выдается основной учебный материал (Гражданский кодекс РФ; Административный кодекс РФ; ФЗ «О защите прав потребителей») и дополнительный, согласно должностному предназначению в условиях игры, каждая команда получает список должностных полномочий, прав и обязанностей своих «ГЕРОЕВ», и готовит меру их ответственности по закону, согласно должностным правонарушениям и преступлениям, размер штрафных санкций.

Во время формирования команд и определения задач, преподаватель обязан заинтересовать (мотивировать) студентов для углубленного изучения нормативных документов, а это возможно в случае, если студенты самостоятельно сформируют свои команды с учетом их знаний и социальной подготовкой к разрешению данной проблемы | для примера, преподаватель может схематично описать подобную проблему на примере покупки просроченного пищевого товара, задействовав всех участников | , а на самом занятии эту же ситуацию в развернутом виде отработать на примере купли-продажи просроченного лекарственного препарата, который фактически спровоцировал приобрести сотрудник аптечного пункта, и в этом случае – обсуждение Федерального Закона «О защите прав потребителей» рассматривается уже с точки зрения:

- ✓ порядка лицензирования лекарственных препаратов как для человека, так и для животных (правовой порядок продажи ЗОО препаратов в аптеках);
- ✓ изменения законодательной базы в положении о рекламе лекарственных препаратов, их реализации, перевозке и хранении (порядок утилизации лекарственных средств и препаратов);
- ✓ можно рассмотреть порядок лицензирования самих аптечных пунктов на предмет товарооборота, требований санитарно-эпидемиологических норм, порядок плановых и внеплановых проверок и т.д.

Необходимо помнить, что на ОСНОВНОМ ЭТАПЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ осуществляется коллективная выработка управленческих решений в определенной последовательности:

- ✓ анализ объекта игрового моделирования (исходные данные и дополнительная информация);
- ✓ выработка частных (промежуточных) управленческих решений;

- ✓ анализ (обсуждение) выработанных решений;
- ✓ выработка согласованного решения;
- ✓ анализ (обсуждение) согласованного решения;
- ✓ анализ (обсуждение) достижения поставленных целей;
- ✓ оценка работы участников игры в данной последовательной работе.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП проводится после окончания последней вводной и состоит в анализе деятельности участников, выведении суммарных поощрительных и штрафных баллов, а также в объявлении лучших игровых групп по оценке всех участников игры и особому мнению группы обеспечения | для наглядного выведения победителя, можно подготовить цветовые фишки (желтые – 5; зеленые – 4; красные – 3 балла за ответ, или дополнение), таким образом, процесс подсчета баллов и выявления победителей займет минимальное количество времени.

Но именно на заключительном этапе необходимо дать положительную оценку всем участникам данного обсуждения, подведя к мысли, о неоценимом вкладе не только каждой команды, но и каждого участника.

Во время выступления, каждая команда может демонстрировать наглядную информацию и документацию по своему направлению. К таким материалам могут относиться бланки документации, распечатки постатейных ссылок на нормативные документы, но более доступна для восприятия данная информация в электронном варианте в виде ПРЕЗЕНТАЦИИ.

Использование участниками подобных технических материалов может придать обсуждению более эмоциональных характер, но рекомендуется преподавателю не просто обсудить содержание данного материала, но и предварительно просмотреть его, для устранения этических и правовых неточностей.

Несмотря на приоритетное положение «Правоведения» в учебном плане медицинских вузов как дисциплины, проблемы освоения нормативных документов (в силу их юридической специфики) для студентов-медиков стоит достаточно остро, особенно для будущих выпускников Медико-профилактического факультета.

Поэтому, проведение подобных занятий помогает студентам синтезировать (сопоставлять) отдельные правовые положения в различных нормативных документах, делая материал более доступным для их понимания и закрепления.

Учитывая, специфику учебного плана, когда будущие специалисты – медики одновременно с теоретическими дисциплинами осваивают практические навыки на клинических базах, то знание этических норм и нормативных актов, порой становится первостепенным.

В заключении, предлагаем проводить оценку качества учебной работы преподавателей по результатам анализа экспресс-анкет студентов (продолжительность 5-10 минут) по следующим критериям:

- ✓ логичность изложения материала;
- ✓ доступность восприятия (понятный язык изложения);
- ✓ наглядность представления материала;
- ✓ умение заинтересовать предметом.

Список литературы:

1. *Касимовская Н.А., Несвижский Ю.В. Основные формы и методы активного обучения. М.: 2014. С. 27.*

Об авторе

Тимофеева Маргарита Юрьевна – преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, Timofeeva_info@mail.ru.

Timofeeva Margarita Yuryevna – Lecturer of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Timofeeva_info@mail.ru

Раздел IV

Материалы студенческого научного общества кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Алиева Д. А.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РФ

Данная работа является творческим исследованием темы «Правовое регулирование суррогатного материнства в РФ». Представленное исследование содержит 8 страниц. Выбранная тема привлекла внимание благодаря своей актуальности, выявленной в результате ознакомления с нормами действующего законодательства, научной литературы и судебной практики. Суррогатное материнство, несомненно, является прорывом в области медицины, но на сегодняшний день достаточно серьезной проблемой остается должное регулирование данного вопроса. Целью исследования является, выявление наиболее важных правовых проблем в области применения суррогатного материнства, а также разработка рекомендаций по совершенствованию действующего законодательства в данной области.

Ключевые слова: *правовое регулирование; суррогатное материнство; генетические родители; суррогатная мать.*

Alieva D. A.

LEGAL REGULATION OF SURROGATE MOTHERHOOD IN RUSSIA

This work is a creative study of the topic «Legal regulation of surrogate motherhood in the Russian Federation. «The present study consists of 8 pages. This theme has attracted attention because of its relevance, identified as a result of familiarization with the existing legislation, the scientific literature and jurisprudence. Surrogacy is undoubtedly a breakthrough in the field of medicine, but to date remains a serious problem quite adequately addressed this issue.

Keywords: *legal regulation; surrogate motherhood; genetic parents; surrogate mother.*

Проблема суррогатного материнства имеет глубокие исторические, социально-психологические и экономические корни, которые связаны желанием человечества повлиять на процесс естественной репродукции, а также ухудшением демографической ситуации. Вплоть до настоящего времени диагноз «бесплодие» во многих случаях для супружеских пар звучит, как приговор.

Согласно медицинской статистике, 20 % всех супружеских пар, находящихся в детородном возрасте, бесплодны, причем причины бесплодия в равной степени распределены между по-

лами. Число не способных к деторождению пар в России достигает почти 6 миллионов [1]. Известно множество причин мужского и женского бесплодия, из которых наиболее распространенными являются воспалительные заболевания репродуктивных органов.

С медицинской точки зрения суррогатное материнство это одно из высших достижений, которое способствовало улучшению демографической ситуации. Вместе с тем с юридической и этической стороны это самый спорный метод вспомогательных репродуктивных технологий. Сторонники суррогатного материнства считают, что для семьи, бездетной из-за неспособности жены зачать или выносить плод, это единственный способ обрести своего долгожданного ребенка, который генетически будет им родным. Противники же данного способа репродуктивных технологий утверждают в отношениях, которые возникают между генетическими родителями (заказчиками) и суррогатной матерью, ребенок приравнивается к товару. Вместе с тем, при всей сложности морально-этических, медицинских, юридических аспектов применения вспомогательных репродуктивных технологий в России эти способы рождения детей развиваются и приобретают все большую популярность. Однако, несмотря на активное развитие методов искусственного оплодотворения, в последнее время, в средствах массовой информации неоднократно высказывается мнение о введении различных запретов вмешательства в репродуктивную сферу с помощью медицины (запрещение программы суррогатного материнства, ограничение использования донорских клеток при искусственном оплодотворении, запрет на введение ВРТ в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и т.д.). Представляется очевидным, что неоправданные ограничения репродуктивного права на применение вспомогательных репродуктивных технологий могут повлечь за собой различные злоупотребления в данной сфере, прежде всего, криминализацию проведения таких процедур из-за их высокой потребности, что нанесет непоправимый вред репродуктивному здоровью населения. [2]

В разных странах вопрос о правовом регулировании суррогатного материнства, решается по-разному. Существует как

полный запрет и признание нелегальным услуг суррогатных матерей, так и разрешение на пользование данным методом репродуктивных технологий, которое законодательно закреплено. По правовому отношению к суррогатному материнству можно выделить 3 группы:

1. страны, где суррогатное материнство разрешено законом (Англия, США, Корея, Южно-Африканская Республика, Украина, Казахстан и ряд других);

2. страны, где суррогатное материнство запрещено законом (Голландия, Франция, Германия, Скандинавские страны);

3. страны, где закон не запрещает суррогатное материнство и при этом никак его не регламентирует (Латинская Америка, Азия, Бельгия, Греция, Испания, Финляндия) [3].

Россию можно отнести к первой группе стран, где суррогатное материнство законодательно разрешено и закреплено. Однако, важно отметить то, что до недавнего времени эта область практически полностью оставалась за пределами правового анализа, и ей не уделялось должного внимания на законодательном уровне. Возможно, это объясняется тем, что для российского законодательства понятие суррогатного материнства является сравнительно новым и пока еще не нашло своего место в общей системе права.

В настоящее время суррогатное материнство в РФ регламентируется перечисленными законодательными актами и нормативно-правовыми документами:

- ✓ Семейный Кодекс РФ (ст. 51-52);
- ✓ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- ✓ Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (ст. 16);
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Хотелось бы обратить внимание на то, что в российском законодательстве до недавнего времени в принципе не имелось определения суррогатного материнства, даже в виде отсылочных

норм к международным актам. Первое упоминание суррогатного материнства появилось в СК РФ, однако значение этого термина не было раскрыто. В настоящее время определение суррогатного материнства содержится в статье 55 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с данным нормативно-правовым актом, суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям [4].

На сегодняшний день Российское законодательство в первую очередь защищает интересы суррогатной матери. СК исходит из основного принципа, что матерью является та женщина, которая его родила. Лишь только после отказа суррогатной матери от ребенка генетические родители приобретают законные права на материнство и отцовство, т.е. приоритетное право решать судьбу ребенка принадлежит суррогатной матери, и на практике может возникнуть ситуация, когда генетическим родителям будет вообще отказано в материнстве и отцовстве [5].

В пункте 4 статьи 51 СК РФ отмечается, что лица, состоящие в браке и давшие свое согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, в случае рождения у них ребенка в результате применения этих методов записываются его родителями в книге записей рождений. Лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери) [6]. СК не предусматривает срока, в течение которого суррогатная мать должна принять это решение. Вследствие этого возникает вопрос о том, когда именно суррогатная мать должна дать согласие или отказать лицам, ожидающим передачи ребенка.

Неоднозначно решается вопрос и относительно субъектов договора. Следует отметить, что в пункте 4 статьи 51 СК РФ указано: лица, состоящие в браке и давшие свое согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, могут быть записаны родителями родившегося ребенка. Таким образом, нормы СК РФ и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не вполне соответствуют друг другу. С одной стороны, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не запрещает регистрацию детей, родившихся у одиноких женщин и мужчин с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, а только регулирует порядок регистрации детей, родившихся у лиц, состоящих в браке, вследствие реализации программы суррогатного материнства. С другой же стороны, в СК РФ не указан порядок регистрации детей, рожденных суррогатной матерью для родителей, обладающих иным статусом, что может создать определенные проблемы на практике.

Нельзя не отметить и следующий заметный пробел в законодательном регулировании суррогатного материнства в РФ – это посмертное использование биологического материала генетического родителя.

Например, известный случай из примеров реализации посмертного суррогатного материнства является случай семьи Захаровых. В 2005 г. в семье Захаровых появился на свет мальчик, отец которого скончался в одной из израильских клиник задолго до его рождения. Во время лечения в одном из госпиталей Тель-Авива Андрей Захаров, отец маленького Гоши, сдал сперму. После его смерти мать Андрея, Екатерина Захарова, решила «родить» родного себе внука, воспользовавшись услугами суррогатной матери. Экстракорпоральное оплодотворение и имплантация эмбриона в организм суррогатной матери были осуществлены с использованием донорских ооцитов и криоконсервированного в Израиле биологического материала погибшего А. Захарова.

Нельзя не отметить, что на сегодняшний день отсутствует не только законодательное обеспечение таких программ, но и в юридической науке правоведами практически не исследуются вопросы, связанные с реализацией прав граждан на участие в

посмертных репродуктивных программах, в том числе суррогатного материнства. Как отмечают репродуктологи, исследование феномена посмертной репродукции приобретает особую значимость, когда речь идет не о медицинском аспекте, а о юридической стороне вопроса. Ввиду законодательного пробела данного правового явления и отсутствия прямого запрета на применение таких программ в медицине участники отношений суррогатного материнства, основанного на использовании криоконсервированных гамет, сталкиваются с проблемами установления происхождения ребенка [7].

На сегодняшний день Российское законодательство в области правового регулирования суррогатного материнства далеко от совершенства. Множество вопросов, которые возникают в результате оформления договора суррогатного материнства остаются без должного законодательного регулирования. Например, не известно имеет ли право суррогатная мать прервать беременность, кто будет нести ответственность за рождение больного ребенка, а также возможно ли посмертное использование генетического материала, и это лишь некоторые из нерешенных вопросов. В целях решения данных проблем, необходимо ввести поправки в нормы действующего законодательства, а также разработать новый нормативно правовой акт, который будет регулировать отношения обеих сторон договора, с учетом баланса интересов суррогатной матери, генетических родителей, а также будущего ребенка.

Список литературы:

1. *Кахриманов М. Рожденные втайне || Российская газета. 2006. 21 февраля. С. 12.*
2. *Ю. В. Павлова. Охрана здоровья матери и ребенка, семьи и репродуктивного здоровья: проблемы законодательного регулирования и правоприменительной практики || Главный журнал: хозяйство и право. 2014. № 02. С. 33.*
3. *Козловская А. Э. Правовые аспекты суррогатного материнства || Гражданское право. 2006. № 2. С. 27.*
4. *ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»: http:||base.garant.ru| 12191967|*

5. *Дронова Ю. А. Что нужно знать о суррогатном материнстве: http:||base.consultant.ru| cons| cgi| online.cgi?req=doc;base=CMB;n=15644.*
6. *Журавлева С. П. Правовое регулирование договора о суррогатном материнстве в Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. Москва, 2011. С. 84.*
7. *Посмертная репродукция в практике работы клиник ВРТ [Портнов И. Г. и др.] || Вспомогательные репродуктивные технологии сегодня и завтра: Материалы XVI Международной конференции РАРЧ (г. Ростов-на-Дону, 7-9 сентября 2007 г.). Ростов-на-Дону, 2007. С. 92-93.*

Об авторе

Алиева Д. А. – студент 3 курса медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва.

Alieva D. A. – third-year student, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow.

Научный руководитель – Ольга Николаевна Бобровская, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, доцент, кандидат медицинских наук.

Scientific adviser – Olga Nikolayevna Bobrovskaya, docent of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, associate professor, PhD, Moscow.

Алымов А. А.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ПОСЛЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА

Статья посвящена анализу законодательства и судебной практики в сфере здравоохранения с целью выявления проблем правового регулирования по вопросу сохранения врачебной тайны после смерти пациента и выработки возможных путей их решения.

Ключевые слова: *врачебная тайна; права пациента.*

Alymov A.

LEGAL ASPECTS OF PROTECTION THE MEDICAL CONFIDENTIALITY AFTER THE DEATH OF THE PATIENT

This article analyzes the legislation in the field of health in order to identify problems of legal regulation on the enforcement of the protection the medical confidentiality after the death of the patient and finding solutions.

Keywords: *medical confidentiality; death of the patient.*

Высокая социальная и правовая значимость обеспечения врачебной тайны отражена в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья граждан) [1]. В нём же установлено, что сведениями, составляющими врачебную тайну, являются следующие: факт обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состояние его здоровья и диагноз, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. В статье 13 закреплен исчерпывающий перечень случаев, когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина и его законного представителя [2]. Проблема возникает в случае обращения родственников в медицинскую организацию после смерти пациента, когда лечебно-профилактическая медицинская организация отказывается выдавать всю имеющуюся медицинскую документацию, ограничиваясь лишь свидетельством о смерти. Представляется важным рассмотреть вопрос о том, насколько правомерными являются действия родственников умерших пациентов, медицинских организаций и решения судов в подобных ситуациях.

По мнению ряда граждан, обращавшихся в суд, спорные положения о врачебной тайне противоречат статьям 29 и 41 Конституции РФ [3], которые обеспечивают, соответственно, право на свободное получение информации и ответственность за сокрытие фактов и обстоятельств, несущих угрозу жизни и здоровью людей. В таких случаях отказ медицинского учреждения в выдаче медицинской документации мотивировался статьями 23 и 24 Основного Закона Российской Федерации, утверждающими право на неприкосновенность частной жизни при отсутствии согласия гражданина на разглашение её подробностей, что имеет высший приоритет в соответствии с Резолюцией № 428 (1970) Консультативной ассамблеи Совета Европы, на чем и основывалось решение суда не удовлетворять иск.

Несколько более сложные ситуации развивались при обращении законных представителей и доверенных лиц умерших пациентов, уполномоченных в той или иной форме знакомиться с медицинской документацией в полном объеме [3, 4]. Как правило, делалась отметка в истории болезни, либо пациент писал заявление на предоставление информации определенному физическому лицу. Недостатками данных вариантов является отсутствие установленных законодательно форм и образцов, что при определенных условиях наделяло лечебно-профилактическое медицинское учреждение правом не выдавать медицинскую документацию в запрашиваемых объемах: в произвольно составленных заявлениях не указывалось требование предоставлять доверенному лицу информацию о состоянии здоровья пациента, в том числе, и после смерти самого пациента. По нашему мнению, ведущую роль в таких ошибках граждан играет психологический фактор: при обращении за медицинской помощью пациент редко рассматривает вариант летального исхода своего заболевания, поэтому не включает такую возможность в своё заявление, а сотрудники медицинской организации могут счесть не слишком этичным предложить включить такую формулировку, так как она может вызвать негативное отношение и недоверие ко всем дальнейшим действиям медицинских работников.

В части случаев пациентом оформлялась нотариально заверенная доверенность на своих родственников, дающая им право

на ознакомление с медицинской документацией. При таком развитии ситуации суд не удовлетворял иски вышеуказанных родственников, так как в соответствии с подпунктом 6 пункта 1 статьи 188 Гражданского кодекса Российской Федерации доверенность утрачивает свою силу со смертью доверителя.

Во избежание дальнейшего увеличения числа исков по данной проблеме мы считаем благоразумным ввести и утвердить определённую форму документального оформления согласия на предоставление определенным лицам сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе, и после смерти пациента. Такими формами могут быть следующие:

- ✓ уже существующие заявление и отметка в истории болезни;
- ✓ устная форма при наличии доверенного лица и свидетелей;
- ✓ штамп в документ, удостоверяющий личность;
- ✓ составная часть завещания.

При анализе Закона об охране здоровья граждан было выявлено некое несоответствие между понятием врачебной тайны, указанном в статье 13, и фактом выдачи заключения о причине смерти и диагнозе родственникам и органам государственных учреждений (статья 67.5), которое является составной частью медицинского свидетельства о смерти, содержащего, помимо прочего, состояния, приведшие к смерти и дату смерти, то есть последний день оказания медицинской помощи. С одной стороны, эти данные нарушают врачебную тайну пациента, по поводу чего даже было отправлено письмо в Минздрав России с предложением урегулировать данную коллизию, изменив содержание формы медицинского свидетельства о смерти [5], с другой стороны, они необходимы для предоставления в ЗАГС и для установления юридических фактов, например, выплаты пособий членам семьи умершего, что не позволяет сохранить полную конфиденциальность после смерти. В связи со сложившейся ситуацией, было бы оптимально внести в Закон об охране здоровья граждан формулировку, утверждающую в качестве исключения из врачебной тайны содержащиеся данные в медицинском свидетельстве о смерти при его выдаче.

Подводя итог, можно сделать следующие выводы:

1. В силу действующего законодательства и по смыслу сложившейся судебной практики, заинтересованное лицо лишено возможности получить информацию, составляющую врачебную тайну умершего пациента в тех случаях, когда последним не выражено письменного прижизненного согласия на это.

2. Исключением является заключение о причине смерти и диагнозе заболевания.

3. Необходимо выработать нормативную модель, отвечающую требованиям Конституции Российской Федерации, путем утверждения Министерством здравоохранения Российской Федерации формы согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, на основании которой пациент сможет выразить свою волю на передачу таких сведений, в том числе, после своей смерти.

Список литературы:

1. *Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724.*
2. *Правоведение. Медицинское право: Учебник / Под ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: МИА, 2014. 552 с.*
3. *Аргунова Ю. Н. Сохранение врачебной тайны после смерти пациента // Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 7. С. 62-77;*
4. *Апелляционное определение СК по гражданским делам Мурманского областного суда от 23 октября 2013 г. по делу № 33-3584;*
5. *Старченко А. А. Плоды абсурда: медицинское свидетельство о смерти — грубое нарушение врачебной тайны! // Менеджер здравоохранения. 2012. № 7. С. 56-58.*

Об авторе

Алымов Александр Александрович – студент 5 курса лечебного факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, Москва, aleksandralymov@rambler.ru

Alymov Alexander – 5th year student of the Medical facility, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – Каменская Наталья Андреевна, кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Scientific adviser: Kamenskaya Natalya Andreyevna assistant professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow.

Демина Н. Н.

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ВАКЦИНАЦИЯ

Согласно статистике, предоставленной Всемирной организацией здравоохранения, именно гепатит В и ВИЧ-инфекция являются самыми распространенными заболеваниями инфекционной природы, риску заражения которыми подвергается медицинский персонал. Комплекс мер по профилактике заражения медицинских работников гепатитом В при осуществлении профессиональной деятельности закреплен законодательно. Проблемой профилактики распространения ВИЧ-инфекции является отсутствие специфических мер профилактики (вакцинация), что требует более жесткого соблюдения правил безопасности для медицинских работников.

Ключевые слова: *права медицинских работников, трудовое законодательство, нормативные документы, санитарно-эпидемиологические требования, вакцинация, ВИЧ, СПИД, гепатит В.*

Demina N.N.

FEATURES OF THE LABOR LEGISLATION FOR HEALTH PROFESSIONALS: VACCINATION

According to statistics provided by the World Health Organization, healthcare professionals are at risk to get infected with hepatitis B and HIV infection mostly. The measures for the prevention of healthcare professionals to be infected with hepatitis B virus are in the law. There is a problem to prevent healthcare professionals to be infected with HIV due to absence of the specific measures (vaccination). So this requires a strict observance of safety regulations for healthcare professionals.

Keywords: *healthcare professionals' rights, labor law, regulatory documents, disease control and prevention demands, vaccination, HIV, AIDS, hepatitis B.*

Одним из рисков работы медицинских специалистов лечебно-профилактических учреждений различного профиля является высокий риск заражения различными инфекционными заболеваниями. Для профилактики заболеваемости медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей разработаны как неспецифические, так и специфические меры, к которым относится и вакцинация.

Во второй главе Конституции РФ, основного закона нашей страны, признаются и гарантируются права и свободы человека

и гражданина: согласно ст.37, п. 3 «каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены». В силу ст. 22, 163, 223 Трудового Кодекса РФ работодатель обязан обеспечить нормальные условия для выполнения работниками своих трудовых обязанностей, обеспечить санитарно-бытовое и лечебно-профилактическое обслуживание работников в соответствии с требованиями охраны труда.

Вакцинация, в настоящее время, является способом массовой профилактики инфекционных болезней: вирусных и бактериальных. Смысл ее заключается в том, что в организм человека вводятся ослабленные (или убитые) возбудители различных инфекций или искусственно синтезированные белки, которые идентичны белкам возбудителя, создающие таким образом активный иммунитет. Некоторые вакцины создают иммунитет после первого введения, другие приходится вводить повторно. Так называемая, ревакцинация – мероприятие, направленное на поддержание иммунитета, выработанного предыдущими вакцинациями. Обычно она проводится через несколько лет после первой вакцинации.

Порядок проведения вакцинации регламентирует национальный календарь прививок, который законодательно закреплен приказом Министерства Здравоохранения РФ «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» в соответствии с Федеральным законом №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

Особенно велик риск заражения заболеваниями, передающимися через кровь, таких как гепатит В, ВИЧ-инфекция, а также различные геморрагические лихорадки [1].

По данным ВОЗ, приблизительно 780 000 человек умирают ежегодно от гепатита В – 650 000 от цирроза и рака печени в результате хронической инфекции гепатита В и еще 130 000 от острого гепатита В [2]. Механизм передачи инфекции – парентеральный. Заражение происходит естественным (половой, вертикальный, бытовой) и искусственным (парентеральным) путями. Вирус присутствует в различных биологических жидкостях, передается, в том числе, при выполнении инвазивных медицинских манипуляций, при половых контактах, при тесном общении в семье и в кол-

лективе, при переливании крови и ее препаратов, новорождённым во время родов от матери-носителя HBs-антигена и вируса.

Группа риска в данном случае: студенты медицинских вузов, медицинские работники, непосредственно контактирующие с кровью и ее препаратами (стоматологи, сотрудники отделений гемодиализа, гинекологи, хирурги, трансфузиологи и т.д.). Плановой вакцинации подлежат все медработники в возрасте от 18 до 35 лет по следующей схеме: через 1 месяц после первой вакцинации проводится повторная вакцинация, а через 5 месяцев после второй – третья. Экстренная вакцинация проводится после контакта с кровью больного (или носителя вируса) медицинским специалистам, не привитым ранее: препарат вводится внутримышечно, первую дозу вакцины вводят не позже 72 часов, в ряде случаев сочетая ее пассивной иммунизацией специфическими иммуноглобулинами. Иммунитет сохраняется минимум в течение 8-10 лет, но зачастую остается на всю жизнь.

Из экзотических инфекций, передающихся через кровь, следует особо выделить геморрагические лихорадки Ласса, Марбург, Эбола. В случае выявления этих инфекций следует помнить о высокой эпидемической опасности таких больных. Так, имеются данные о заражении медицинских работников больных геморрагической лихорадкой Конго-Крым при приеме и осмотре больных до того, как был установлен диагноз [3].

Что касается ВИЧ-инфекции, в мире известно о профессиональных заражениях медицинского персонала [4]; чаще всего они связаны со случайным уколом рук иглой или другим колющим инструментарием. Вероятность заражения при единичном уколе составляет 0,2-0,3%. При этом в настоящее время главной проблемой является отсутствие специфических мер защиты – вакцинных препаратов. Профилактика, в основном, направлена на предупреждение заражения ВИЧ-инфекцией, а именно применение стандартных мер предосторожности: мытье рук, использование средств индивидуальной защиты (халаты, перчатки, маски, щитки, очки), эргономическое оборудование рабочего места, запрещение разбирать шприцы, отделять иглы от иглодержателей и капельниц.

В обязанности ответственного лица (заместителя главного врача) по профилактике ВИЧ-инфекции [5], назначенного приказом, входит работа с медицинским персоналом, его обучение; контроль за соблюдением безопасных методик; контроль за условиями труда и обеспеченностью персонала средствами индивидуальной защиты; контроль за обеспеченностью расходными материалами; ведение журнала учета аварийных ситуаций и составление актов об эпизодах травматизма при работе с пациентами; контроль за правильностью хранения и пополнения аптечки «АнтиВИЧ».

Риск инфицирования многократно возрастает при несоблюдении персоналом мер профилактики и при отсутствии средств индивидуальной защиты, в связи с этим в сознании медицинских работников необходимо формировать эпидемическую настороженность ко всем пациентам, как к возможным источникам гемоконтактных инфекций.

Оценка экономической эффективности вакцинопрофилактики является сложной вероятностно-статистической задачей. Заболеваемость может сильно изменяться от года к году. Она представляет собой крайне сложный случайный процесс, управляемый не только вакцинацией, но и массой прочих факторов, многие из которых непредсказуемы, включая мутации и вытеснение одних разновидностей возбудителя другими, социально-экономическую стабильность общества, рождаемость, уровень санитарии и гигиены, характер питания людей, миграцию населения, заболеваемость в предшествующие годы и многое другое [6]. Тем не менее, медицинским работникам и руководителям медицинских учреждений следует помнить о том, что снизить риск возникновения заболеваемости у медработников, а следовательно, и уменьшить распространение внутрибольничных инфекций, можно при грамотной организации профилактических мероприятий, в том числе вакцинации.

Нормативная база

- ✓ «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993)
- ✓ «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 06.04.2015)
- ✓ Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 29.12.2014) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2015)

- ✓ Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 31.12.2014, с изм. от 06.04.2015) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
- ✓ Приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
- ✓ Постановление Правительства РФ от 15.07.1999 № 825 (ред. от 24.12.2014) «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»
- ✓ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 16.12.2013 № 65 «Об утверждении СП 3.1| 3.2.3146-13» (вместе с «СП 3.1| 3.2.3146-13. Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила»)
- ✓ «МУ 3.3.1889-04. 3.3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Порядок проведения профилактических прививок. Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004)
- ✓ «МУ 3.3.1.1095-02.3.3.1. Вакцинопрофилактика. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002)

Список литературы:

1. *Профилактика внутрибольничных инфекций. http://lekmed.ru/ info/ literatyra/ vnytribolnichnye-infekcii_3.html*
2. *Гепатит В. Информационный бюллетень N°204. Март 2015 г. http://www.who.int/ mediacentre/ factsheets/ fs204/ ru/*
3. *ЮКО: прокуратура завела дополнительные уголовные дела по факту массового заражения конго-крымской геморрагической лихорадкой. http://www.ktk.kz/ ru/ news/ video/ 2008/ 06/ 06374*
4. *ВИЧ/ СПИД. Информационный бюллетень № 360. Декабрь 2014 г. http://www.who.int/ mediacentre/ factsheets/ fs360/ ru/*
5. *Приказ МЗ СК и Управления Роспортебнадзора Ставропольского края от 05 декабря 2013 года № 01-05/ 1535/ 12-03/ 693 «О совершенствовании профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников Ставропольского края» https://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mz26.ru%2Fnetcat_files%2F90%2F107%2Fh_df0e8f49979911345cc4829046779f4d&ei=DE0-VYPfDaKeywO88oGYCQ&usg=AFQjCNHqxOF0sCdP2lT3WM5lYKC9p6AV2A&sig2=a7XZQUxvGRDQv6h1qTp4ew*
6. *Александр Ястребов, д-р Александр Коток «Как считают экономическую эффективность вакцинации» http://homeoint.ru/ vaccines/ opinions/ econom.htm*

Об авторе

Демина Н. Н. – студентка медико-профилактического факультета, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 3 курс, Москва, nadegda353@mail.ru

Demina N.N. – 3rd year student of Publis Health Faculty, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Научный руководитель – Балтуцкая Ольга Ивановна, к.м.н, старший преподаватель кафедры медицинского права, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Scientific supervisor – Olga Baltutskaya, MD, PhD, senior lecturer of the Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University.

Кагадеева С.О.

ПРОБЛЕМА ФАЛЬСИФИКАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ТЕРРИТОРИИ РФ

Статья представляет собой исследование и анализ фармацевтического рынка в рамках государственного контроля и данных Росздравнадзора с целью определения ответственности за подделку и внедрение фармацевтической продукции на рынки России, а также меры российской и международной борьбы с фальсификацией лекарственных средств.

Ключевые слова: *оценка экспертов фальсифицированной фармацевтической продукции, ответственность за подделку лекарственных средств, международная целевая группа противодействия фальсификации медицинской продукции (IMPACT).*

Kagadeeva S.O.

THE PROBLEM OF COUNTERFEITING OF MEDICINES IN RUSSIA

The article is a study and analysis of the pharmaceutical market in the framework of state control and data Roszdravnadzor to determine the responsibility for the forgery and the introduction of pharmaceutical products to the markets of Russia, as well as Russian and international measures to fight counterfeiting of medicines.

Keywords: *experts rate falsified pharmaceutical products, responsible for fake drugs, international task force combating counterfeiting of medical products (IMPACT).*

За последнее десятилетие, в России произошли кардинальные изменения в законодательстве, регулирующем правоотношения в сфере производства и оборота лекарственных средств, но к сожалению, проблема их фальсификации не теряет свой актуальности.

По оценке экспертов, подделка лекарств превратилась в крупнейший международный подпольный бизнес, сопоставимый по своим масштабам с оборотом наркотиков, с той лишь существенной разницей, что от угрозы пострадать от поддельного лекарства не застрахован никто, независимо от социального статуса и уровня дохода.

По данным Росздравнадзора, поддельные фармпрепараты в России составили в 2013 г. 0,04% от общего количества серий лекарств, поступивших в обращение. Были выявлены и изъяты из обращения 22 торговых наименования 44 серий фальсифицированных лекарственных средств, а также 3 серии фармпрепаратов, сопровождавшихся документами о соответствии, но регистрация которых не была подтверждена органом по сертификации. Кроме того, было изъято из обращения 4 торговых названия 71 серии фармацевтических субстанций, выпуск которых не подтвержден производителями, и 40 серий готовых лекарственных препаратов, сделанных из этих фальсифицированных субстанций.

В рамках Государственного контроля качества лекарственных средств в Российской Федерации в 2013 году Росздравнадзором проверено 14,6% образцов фармпрепаратов, поступивших в обращение, 0,5% из которых были забракованы. Это достаточно значимый показатель, если перевести его в более понятные «выражения»: в 2013 году Росздравнадзор забраковал 2,8 миллиона упаковок лекарств.

Среди фальсификатов были выявлены лекарства, являющиеся подделкой оригинальных фармпрепаратов производителей Германии, Венгрии, Франции, Великобритании, Италии, Бельгии, России: плазмозамещающие растворы, гепатопротекторы, противоаллергические препараты и антибиотики.

По информации Министерства здравоохранения, существует целое производство нелегальных лекарственных средств, как правило, дорогостоящих. Заводы по их изготовлению находятся в Юго-Восточной Азии, Польше, Болгарии, распространяясь по миру, попадают и на территорию РФ.

В этой связи, необходимо выделить проблему импортного сырья для производства фарм. продукции. Ведь отечественные производители часто работают с импортными субстанциями (веществами), из которых изготавливаются лекарства. В погоне за сокращением себестоимости препаратов, закупаются дешевые субстанции в Китае, Индии, Болгарии(к сожалению, не всегда качественные), т.е фальсифицированные препараты могут быть с несоответствующими ингредиентами (действующее вещество заменяется на более дешевое и менее эффективное), без активных ингредиентов, с недостаточным содержанием активного ингредиента, с поддельной упаковкой.

В большинстве случаев фальсифицированные лекарства неэквивалентны оригинальным препаратам по качеству, эффективности или побочным действиям.. Применение таких препаратов может стать причиной серьезных негативных последствий для здоровья человека.

По оценкам экспертов, потенциально опасны для здоровья абсолютно все фальсификаты, поскольку они не подвергаются предусмотренному для легальной продукции контролю качества. Высокая социальная приоритетность лекарственных средств предопределяет особенности формирования спроса и предложения на них. Предложение лекарственных средств требует соблюдения определенных морально-этических норм. Особенность же формирования спроса состоит в сочетании их высокой социальной значимости с низкой лабильностью спроса, поскольку снижение или рост цен в данном случае не ведут к существенному росту или снижению спроса. Однако в условиях низкой платежеспособности и большого количества дженериков, являющихся дешевым заменителем оригинальных препаратов, потребитель склонен приобретать именно дешевые препараты, среди которых чаще встречаются фальсификаты.

Фальсификаты подрывают доверие ко всей системе здравоохранения, представляя реальную угрозу экономической и социальной безопасности страны, здоровью каждого человека, принимающего фарм. продукцию.

Необходимо отметить, что в среднем, на фармацевтическом рынке РФ представлено около 17000 лекарственных средств и препаратов, в то время, как в странах Европы их число не превышает 3000. Мы помним, что лицензия на фармацевтическую продукцию выдается на 5 лет, но мало кто знает, что после 2-х лет пребывания на российском рынке, 30% этих новинок исчезает с аптечных прилавков из-за выявленных клинических несоответствий.

В этой связи необходимо отметить сотрудничество Роспотребнадзора с законодательными органами РФ, которые создали четкую и эффективную систему по выявлению и наказанию за несоответствие установленным стандартам в закупках, производстве и распространении данной продукции не территории России.

Так УК РФ. содержит три статьи, предусматривающие ответственность, в том числе и за производство фальсифицированных лекарственных средств:

- ✓ ст. 171 «Незаконное предпринимательство» предусматривает ответственность за производство без специального разрешения (лицензии) фальсифицированных лекарственных средств;
- ✓ ст. 180 «Незаконное использование товарного знака» предусматривает ответственность за выпуск в обращение фальсифицированных лекарственных средств;
- ✓ ст. 238 «Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств» предусматривает ответственность за выпуск в обращение фальсифицированных лекарственных средств.

Законный производитель не всегда заинтересован в придании расследованию официального характера. Именно по этой причине, защищая интересы неопределенно большого круга граждан РФ, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития не только имеет право (ст. 141 и 143 Уголовно-процессуального кодекса РФ), но и обязана обратиться в органы МВД или прокуратуры с сообщением о преступлении. Возбуждение же уголовного дела предусматривает проведение предварительного расследования, позволяющего не только найти виновных, но и установить источник и каналы реализации фальсифицированных лекарственных средств.

Сама Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, устанавливает факт административного правонарушения, согласно статьям КОАП РФ:

- ✓ ст. 14.1. «Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии)»;
- ✓ ст. 14.2. «Незаконная продажа товаров (иных вещей), свободная реализация которых запрещена или ограничена»;
- ✓ ст. 14.7. «Обман потребителей»; имеет право на основании статей 28.3 и 28.7 указанного Кодекса произвести административное расследование, что также должно привести к выявлению источников и каналов распространения фальсифицированной продукции.

Одной из мер борьбы с фальсифицированной фарм. продукцией является опубликование информации о факте ее выявления, что заставляет законного производителя активно сотрудничать с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в процессе расследования.

В этой связи, необходимо отметить, что данная мера уже применяется Росздравнадзором, на официальном сайте которого публикуется информация о факте выявления фальсификата. Еще одной возможной мерой борьбы уже с каналами легализации и распространения фальсифицированной продукции является получение оперативной информации участниками фармацевтического рынка о законности деятельности той или иной оптовой организации. Речь идет об опубликовании реестра лицензиатов, осуществляющих оптовую торговлю фармацевтической продукцией, в режиме on-line. Так как организация, осуществляющая легализацию фальсифицированной продукции на рынке, существует не долго, наличие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности не является обязательным атрибутом однодневной фирмы. В силу того, что выполнение запроса требует времени, законный способ получения информации от лицензирующего органа становится не актуальным, ибо сделка уже состоялась или не состоялась. Наличие оперативной информации об организациях, законно осуществляющих оптовую торговлю, позволит исключить возможность покупки фальсифицированных лекарственных средств.

На Международной конференции ВОЗ «Борьба с фальсифицированными лекарствами: создание эффективного международного сотрудничества» (Рим, Италия, 16-18 февраля 2006 г.) было принято решение о создании Международной целевой группы противодействия фальсификации медицинской продукции (IMPACT). Группа объединяет заинтересованных участников с конкретной целью содействия международному сотрудничеству, координации и поддержке быстрой разработки и применения новой политики и технических подходов.

В деятельности Группы IMPACT принимают участие представители более чем 80 стран мира. Основной целью IMPACT является полное искоренение фармподделок в рамках системы поставок основных лекарственных средств. Предполагается, что фальсификация будет полностью искоренена в системе обеспечения лекарственными средствами в развитых странах, и в развивающихся странах объем фальсифицированных лекарственных средств будет сокращен на 2| 3 к 2020 г. Международная фармацевтическая федерация (FIP) тесно сотрудничает с ВОЗ в сфере лекарственного обеспечения по ряду направлений, в т.ч. и по проблеме фальсифицированных лекарственных средств. Основным направлением деятельности FIP в данной области является выработка рекомендаций по созданию в странах надежной цепочки лекарственного снабжения, устойчивой к проникновению товаров сомнительного происхождения и качества. По мнению специалистов FIP, важнейшим направлением среди мер борьбы с распространением фальсифицированных лекарств следует считать совершенствование законодательства. Исходя из этого, было сформулировано предложение в адрес ВОЗ: в рамках инициативы IMPACT разработать проект типовых законодательных мер по борьбе с фальсификацией лекарственных средств, включая санкции за его нарушение.

Проект текста с изложением принципов национальных законодательных мер в этой сфере был согласован в конце 2007 г. на совещании Группы IMPACT в Лиссабоне. При ознакомлении с данным документом обращает на себя внимание тот факт, что значительная, если не основная, часть рекомендаций касается укрепления общей системы регулирования лекарственного рынка, а не специфических мер борьбы с подделками. Среди этих мер на первом месте стоит создание правовой основы для расследования правонарушений.

В завершение хотелось бы отметить, что каковы бы ни были применяемые меры по борьбе с фальсифицированными лекарственными средствами, они не должны сказываться на функционировании участников фармацевтического рынка, не должны приводить к уменьшению инвестиционной привлекательности отрасли и к увеличению стоимости лекарственных средств, за которые пока еще чаще расплачивается пациент.

Список литературы:

1. *Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ: http://base.garant.ru/10108000/*

2. *Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» от 18.12.2001 № 174-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12125178|*
3. *Кодекс РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ) от 30.12.2001 № 195-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12125267|*

Об авторе

Кагадеева С.О. – студентка 3 курса Медико-профилактического факультета, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, kgdsveta40@rambler.ru

Kagadeeva S.O. – third-year student of the Faculty of Medical and preventive, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – Тимофеева М. Ю., старший преподаватель, кафедра медицинского права, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г.Москва.

Scientific adviser: – Timofeeva M. Y., Senior Lecturer, Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Кара Л.А.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ОБЪЕКТАХ УИС

Статья посвящена проблеме заболеваемости туберкулезом в местах лишения свободы. Целью является анализ причин и возможные методы предупреждения развития туберкулеза.

Ключевые слова: *Туберкулез, УИС, санитарно-эпидемиологический надзор, профилактика*

Kara L. A.

IMPLEMENTATION STATE SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL SUPERVISION IN THE FIELD OF THE PREVENTION OF SPREAD OF TUBERCULOSIS ON OBJEKT OF UIS

Article is devoted to a problem of incidence of tuberculosis in imprisonment places. The purpose is the analysis of the reasons and possible methods of the prevention of development of tuberculosis.

Keywords: *Tuberculosis, sanitary and epidemiological surveillance, prevention*

На сегодняшний день туберкулез является одним из социально-значимых заболеваний в нашей стране. Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу осложняется распространением микобактерий туберкулезного комплекса, характеризующихся множественной и экстенсивной (широкой) лекарственной устойчивостью, что снижает эффективность лечения и увеличивает смертность от этого заболевания. Особую проблему туберкулез представляет для уязвимых групп населения,одной из наиболее подверженных являются лица из числа содержащихся в исправительных учреждениях.

Именно здесь, уровень распространенности туберкулеза порой превышает в несколько раз национальные показатели. Этому способствует целый ряд факторов: переполнение камер, несбалансированное питание, наличие сопутствующих заболеваний (особое беспокойство вызывает ВИЧ).

В свою очередь, Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», в ст.1, дает официальное определение данному заболеванию, называя туберкулез – инфекционным заболеванием, вызываемое микобактериями туберкулеза.

Здесь законодатель дает характеристики основных форм, таких как:

- ✓ активная форма туберкулеза – туберкулез, признаки активности процесса которого установлены в результате проведения клинических, лабораторных, рентгенологических исследований;
- ✓ заразная форма туберкулеза – активная форма туберкулеза, при которой происходит выделение микобактерий туберкулеза.

Необходимо отметить, что законодатель, за последние десятилетия, подготовил и выстроил целую систему противотуберкулезной помощи и профилактических мер, заложив их в расширенное определение.

Итак, противотуберкулезная помощь – совокупность социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом и проводимых в стационаре и (или) амбулаторно в порядке, установленном настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

К профилактике туберкулеза относится совокупность мероприятий, направленных на раннее выявление туберкулеза в целях предупреждения его распространения.

Создана система медицинских противотуберкулезных организаций, которые оказывают противотуберкулезную помощь и осуществляющие профилактику туберкулеза, в том числе научно-исследовательские институты туберкулеза, кафедры туберкулеза медицинских факультетов образовательных учреждений высшего профессионального образования, а также, медицинские противотуберкулезные организации уголовно-исполнительной системы, и противотуберкулезные организации федеральных органов исполнительной власти.

Причиной заболевания туберкулезом являются микобактерии, которые передаются воздушно-капельным путем, и как правило, риск развития активного заболевания у здорового человек после инфицирования M. Tuberculosis составляет 10%, однако, у заключенных риск развития активной формы в отдельных регионах достигает 47% [1].

Важную роль в предупреждении развития туберкулеза играет государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Деятельность которого в УИС осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», и приказом Минюста РФ от 6 июня 2006 г. № 205 «Об утверждении Положения об организации государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах уголовно-исполнительной системы», и иными нормативными правовыми актами в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в порядке, устанавливаемом соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Соблюдение государственных санитарно-эпидемиологических, противоэпидемических правил и нормативов является обязанностью сотрудников учреждений, а установленная законодателем ответственность за их нарушение распространяется, в том числе и на подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения принимают все возможные меры, направленные на охрану здоровья любого человека. Применительно к осужденным, лишенным свободы, данная обязанность государства реализуется в создании условий, обеспечивающих поддержание их здоровья с начального момента изоляции от общества (во время следствия), в период отбывания наказания в виде лишения свободы и определенное время после освобождения из исправительного учреждения.

Сегодня велика роль скрининга (флюорография), но многие случаи туберкулеза выявляются благодаря симптоматике, после чего проводится микроскопия мокроты и тест на лекарственную устойчивость.

Согласно ст.33 Федерального закона РФ от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»после выявления лиц, больных туберкулезом, принимаются специальные меры:

1. Больные инфекционными заболеваниями, и лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, согласно законодательству РФ.

2. Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

3. Все случаи инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) подлежат регистрации организациями здравоохранения по месту выявления таких заболеваний (отравлений), государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Порядок ведения государственного учета указанных случаев заболеваний (отравлений), а также порядок ведения отчетности по ним устанавливается федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

К осужденным, больным открытой формой туберкулеза, на основании ч. 3 ст. 18 УИК РФ и по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение, которое осуществляется в лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждениях.

Согласно ст.10 Федерального закона от 18 июня 2001г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» предусмотрено на основании судебного решения обязательное обследование и лечение больных заразными формами туберкулеза.

В случае неоднократного нарушения санитарно-противоэпидемического режима и умышленного уклонения от обследования и лечения, закон предусматривает право работников медицинских противотуберкулезных организаций обращаться в суд по поводу обязательного лечения больных туберкулезом. Согласно ст.1 ФЗ №77 от 18 июня 2001г. «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» это право распространяется и на медицинские противотуберкулезные организации уголовно-исполнительной системы.

Ежегодно из исправительных учреждений освобождаются тысячи осужденных, многие из которых больны, или являются носителями ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Как правило, длительное пребывание в местах заключения меняет психологическое состояние большинства, многие не осознают серьезность своего заболевания и не продолжают лечение при этом зачастую не соблюдают элементарные правила личной гигиены, что служит новым источником распространения инфекции [1].

Для разрешения этого вопроса необходимо правовое регулирование взаимодействия лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы с лечебными учреждениями органов здравоохранения.

Положениями УИК РФ и Федерального закона от 18 июня 2001г.№ 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» предусмотрено прохождение заключенными специальной «медицинской подготовки к освобождению» – это лечебная работа и направление сообщений в противотуберкулезные диспансеры Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации об освобождении больного туберкулезом, а также распространение среди освобождающихся больных туберкулезом гигиенических знаний и привитие гигиенических навыков, что имеет большое значение для укрепления здоровья осужденных и сохранения здоровья окружающих их граждан.

Из всего вышеперечисленного следует, что работа связанная с обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия весьма трудоемка и требует от персонала, который ее исполняет не только профессиональных (медицинских) навыков, выполнения должностных инструкций, но и углубленное знание нормативно-правовой базы, ведь надежное и эффективное обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия на объектах УИС не представляется возможным без постоянного совершенствования системы государственного контроля, который осуществляется в рамках санитарного законодательства. А причины негативных случаев полиэтиологичны.

Список литературы:

1. *Улумбекова Г.Э., Аналитическая справка об обеспеченности коечным фондом в РФ. М.: Литтерра, 2014. С. 23, 30.*
2. *Проект Концепции развития здравоохранения до 2020 года. URL: http:// health/ zbravo 2020/12. (дата обращения 13.04.2015).*

Об авторе

Кара Лилия Александровна – студентка 3 курса медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, liliakara@mail.ru

Kara Lilia Aleksandrovna – third-year student of the Faculty of Medical and preventive, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – Тимофеева М. Ю., старший преподаватель, кафедра медицинского права, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва.

Scientific adviser – Timofeeva M. Y., Senior Lecturer, Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Карпушина А. В.

ПОРЯДОК ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБРАЩЕНИЯ БАДОВ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ РФ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере правового регулирования обращения биологически активных добавок на потребительском рынке Российской Федерации, выявлению их недостатков и поиску способов решения.

Ключевые слова: *БАД, правовое регулирование, потребительский рынок, безопасность, научно-клинические исследования.*

Karpushina A.V.

THE PROBLEM OF LEGISLATIVE REGULATION OF DIETARY SUPPLEMENTS IN THE CONSUMER MARKET OF THE RUSSIAN FEDERATION.

The article is devoted to the analyzing of legislation in the sphere of legal regulation of dietary supplements in the consumer market of the Russian Federation, identifying their shortcomings and finding ways to solve the problem.

Keywords: *Dietary supplements, legal regulation, consumer market, safety, research and clinical studies.*

Проблемы регулирования потребительского рынка биологически активных добавок не теряет своей актуальности уже не одно десятилетие. Признанные активными пищевыми добавками к пище, наряду со специализированными продуктами питания, БАДы могут быть наиболее эффективным способом устранения дефицита витаминов, но при условии содержания биологических веществ в дозах, соответствующих физиологическим потребностям человека.

Но к сожалению, этот рынок в нашей стране, приняв не только легальный, но и не легальный облик, ставит под удар реализацию государственной программы поддержания здоровья нации.

Согласно Федеральному закону от 02 января 2000г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов», первые партии биологически активных добавок (БАД) – были заявлены как природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов.

Не смотря на то, что с правовой точки зрения БАД относятся к пищевым продуктам, это продукты, которые обладают заметной биологической активностью (способностью влиять на физиологические процессы в организме), причем, биологической активностью обладают многие пищевые вещества, и их биологическая активность возрастает с увеличением содержания этих веществ в пищевом рационе.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ № 117 от 15 апреля 1997 года «О порядке экспертизы и гигиенической сертификации биологически активных добавок к пище», БАДы определяются как «концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, предназначенных для непосредственного приёма или внедрения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биологически активными веществами или их комплексами. Именно по этому, они подлежат гигиенической сертификации Единым федеральным центром сертификации на базе Института питания РАМН, которая определяет максимальные дозы активного вещества в препарате и даёт право производства БАД как фармацевтическим фирмам, так и предприятиям пищевой промышленности. Этим документом наложен запрет на использование в составе БАД ядовитых и наркотических веществ, а также растений, неизвестных официальной медицине.

С 18 декабря 1997 года Приказом Минздрава РФ № 349 «О перечне товаров, реализуемых через фармацевтические (аптечные) организации», они были допущены к аптечному обороту.

Следующим важным правовым документом, регулирующим оборот БАД, стали вступившие в силу с 1 января 1999 года методические указания МУК 2.3.2.721-98 «Определение безопасности и эффективности биологически активных добавок к пище», утверждённые главным санитарным врачом России Г.Г. Онищенко, детализировали порядок сертификации для российских и импортных БАДов; предъявили требования к качеству сырья (в частности, с 1999 года при производстве БАД запрещено использование трансгенных материалов, селезёнки овец и коз, коровьего черепа), определил среднесуточные нормы потребления микронутриентов, которыми следует руководствоваться производителям

нутрицевтиков, сформулировано различие между БАДами-парафармацевтиками и лекарственными средствами.Контроль над производством БАД государство установило с 17 апреля 2003 года, утвердив СанПиН 2.3.2.1290-03 «Гигиенические требования к организации производства и оборота БАДов к пище». Местами легальной продажи БАД названы аптеки, специализированные и продовольственные магазины. СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов», расширивший определение и классификации БАД, был утверждён в ноябре 2001 года.

Позиционирование БАД как лекарственных средств, побуждение граждан к отказу от здорового питания, приписывание препаратам лечебных свойств предусматривает административную ответственность и карается штрафом от 40 до 500 тыс. рублей.

Обязательная государственная регистрация БАД введена с 2004 года Федеральным законом от 2 января 2000 года № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов», которое закрепило и расширило положения

Постановления Правительства РФ от 21 декабря 2000 года № 988 «О государственной регистрации новых пищевых продуктов, материалов и изделий» регулирующего требования к упаковке БАД и информации, нанесенной на этикетку, согласно которому, упаковка должна обеспечивать сохранность и качество БАД на всех этапах оборота (при упаковке должны использоваться материалы, разрешенные для использования в установленном порядке для контакта с пищевыми продуктами или лекарственными средствами). Требования к информации, нанесенной на этикетку БАД, устанавливаются в соответствии с действующими законодательными и нормативными документами, регламентирующими вынесение на этикетку информации для потребителя, и содержит наименования, товарный знак изготовителя (при наличии); обозначения нормативной или технической документации. В разделе состав – с указанием ингредиентного состава в порядке, соответствующем их убыванию в весовом или процентном выражении, сведения об основных потребительских свойствах БАДа, сведения о весе или объеме в единице потребительской упаковки

и весе или объеме единицы продукта. Сведения о противопоказаниях для применения при отдельных видах заболеваний. Указание, что БАД не является лекарством, дата изготовления, гарантийный срок годности или дата конечного срока реализации продукции; условия хранения; информация о государственной регистрации БАД с указанием номера и даты, место нахождения, наименование изготовителя (продавца) и место нахождения и телефон организации, уполномоченной изготовителем (продавцом) на принятие претензий от потребителей.

Информация, предусмотренная настоящей статьей, доводится до сведения потребителей в любой доступной для прочтения потребителем форме. Использование термина «экологически чистый продукт» в названии и при нанесении информации на этикетку БАД, а также использование иных терминов, не имеющих законодательного и научного обоснования, не допускается.

Не смотря на правовую защищенность производства и распространения данной продукции, на практике было выявлено ряд существенных проблем, и главной на наш взгляд, является достаточно высокий процент фальсификации данного сегмента, и изготовления некачественной продукции, ведь создать добавку намного легче и дешевле, потому что жесткому государственному фармацевтическому контролю они не подлежат, в отличие от лекарственных препаратов, и правила регистрации и сертификации БАДов упрощенные, продавать их можно где угодно без рецепта.

Другая существенная проблема заключается в не сформированной «культуре потребления БАДов» нашими гражданами. Многие из которых не понимают цели их применения, считая БАД лекарственными средствами, не получают должного эффекта, другие принимают все подряд.

В некоторых случаях это происходит из-за агрессивной рекламы некоторых продуктов, которые позиционируются производителями как лекарства, хотя сами ими не являются. Согласно ст.25 Федерального закона от 18.07.1995г. №108-ФЗ (в ред. от 25.03.2010 г.) «О рекламе «в обязанности рекламодателя не входит оценка достоверности сведений о биологически активных добавках, являющихся объектом рекламирования. При этом в

большинстве случаев сведения, указанные в рекламе, не соответствует действительности, что противоречит основным нормам законодательства РФ.

Необходимо заметить, что некоторые попытки в решении этой проблемы предприняла Государственная Дума РФ 14 мая 2013 года приняв в первом чтении законопроект об изменении закона «О рекламе». Законодатель повышает ответственность не только рекламодателя, но и тех, кто эту рекламу размещает (СМИ). Закон распространяется на рекламирование биологически активных добавок, медицинских препаратов и медицинских услуг. В документе оговорено время предупреждения о том, что БАДы – не лекарства, а в печатных изданиях – какую часть площади рекламы оно должно занимать. За нарушение требований налагаются штрафы.

И наконец, самая острая проблема: согласно существующему российскому законодательству, это витамины, микроэлементы и другие пищевые добавки, а также лекарственные травы, которые не подлежат такой же проверке на безопасность и эффективность, как лекарственные препараты. Ведь для продажи БАДа, достаточно, чтобы добавка «в целом считалась безопасной», а это означает, что нет клинических испытаний, которые бы показали результативность приема, следовательно, нет гарантий для потребителя.

Поэтому необходимо подчеркнуть, что несмотря на то, что российский рынок БАД демонстрирует высокие темпы роста, и за семь лет объём продукции в легальном обороте увеличился более чем вчетверо: в 2007 году – 2,6 млрд руб., в 2014 году – 11,5 млрд. рублей, а эксперты оценивают его как самый динамично развивающийся в мире, риск увеличения некачественной продукции остается высоким.

На наш взгляд, ситуацию может стабилизировать не только проведение научно-исследовательских работ, и клинических испытаний биологически активных добавок, но и ужесточение административного и уголовного наказания как для производителя, так и для продавца. Решение этих проблемных вопросов должно сделать использование БАДов безопасным и эффективным.

Список литературы:

1. *Регистр БАД – Единый Электронный Справочник Биологически Активных Добавок. URL: http://www.registrbad.ru/bad. (дата обращения 13.04.2015).*
2. *Официальный сайт РОСПОТРЕБНАДЗОРА // СанПиНы. URL: http://www.rospotrebnadzor.com/sanpin*
3. *Официальный сайт газеты «Известия». URL: http://izvestia.ru/news/380012. (дата обращения 10.04.2015).*
4. *Официальный сайт Фарм.комитета РФ. URL: http://farmkomitet.ru. (дата обращения 11.04.2015).*

Об авторе:

Карпушина Анастасия Владимировна – студентка 3 курса Медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, an.karpushina@yandex.ru

Karpushina A.V. – third-year student of the Faculty of Medical and preventive, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – Тимофеева М. Ю., старший преподаватель, кафедра медицинского права, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва.

Scientific adviser – Timofeeva M. Y., Senior Lecturer, Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Кобзев Г. С.

ВЛИЯНИЕ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ

Статья посвящена оценке влияния санитарно-эпидемиологической службы на формирование здорового образа жизни, здоровье населения, социальную роль санитарной службы. Необходимость новых подходов с целью реализации государственных программ направленных на укрепление здоровья населения

Ключевые слова: общественное здоровье; государственные программы, социальная реклама; санитарная служба

Kobzev G. S.

THE IMPACT OF HEALTH SERVICES ON A HEALTHY LIFESTYLE OF THE POPULATION

The Article is devoted to assessing the impact of sanitary-epidemiological service on formation of a healthy lifestyle, population health, social role of the sanitary service. The need for new approaches to the implementation of government programs aimed at improving the health of the population

Keywords: public health; state programs, social advertizing; public health service

Охрана здоровья собственного народа – важная задача любого государства. Это понимал еще в древности вавилонский царь Хаммурапи, при котором врачу, погубившему больного, отрубали руку. Со временем человечеству стало понятно, что можно предупредить болезнь еще до ее проявлений. В XIX веке выдающийся русский врач Николай Иванович Пирогов говорил: «Будущее принадлежит медицине профилактической». В конце XX – начале XXI века в американском городе Фреммингем, медицинские работники приняли решение обследовать различных пациентов на протяжении трех поколений. В результате этих исследований были выявлены возможные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Основными задачами современной медицины являются не только лечение заболевших людей, но так же выявление возможных факторов риска и их устранение. Огромное значение имеет культурное просветительство населения, убеждение в необходимости придерживаться здорового образа жизни. Рос-

сия занимает четвертое место в мире по табакокурению и потреблению алкоголя, первое место в мире по потреблению героина. Чтобы решить подобные проблемы, государство предпринимает достаточные усилия, в том числе на законодательном уровне.

Так, например, согласно ФЗ № 15 от 23 февраля 2013 года «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» борьба с курением осуществляется посредством установленных запретов курения на отдельных территориях, в помещениях и на объектах; ограничивается торговля табачной продукцией, устанавливаются запреты продажи табачной продукции несовершеннолетним [1]. Уделяется внимание просвещению населения, информированию о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма. Согласно статье 15 ФЗ, просвещение населения о вреде табака включает в себя предоставление информации: 1) о преимуществах прекращения потребления табака; 2) об отрицательных медицинских, демографических и социально-экономических последствиях потребления табака. Данная информация предоставляется в семье, в процессе обучения и воспитания в образовательных организациях, в медицинских организациях, а так же работодателями на рабочих местах. Просвещение так же осуществляется посредством Интернета и горячих линий, способствующих лечению табачной зависимости.

Одной из основных целей здравоохранения отражено в концепции развития здравоохранения до 2020года: «формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25 % и снижение потребление алкоголя до 9 литров в год на душу населения; Разработана система государственных и общественных мер с целью формирования здорового образа жизни» [2].

За нарушение установленных норм, предусмотрена административная ответственность в соответствии со статьями КоАП РФ: «Ст. 6. 23. Вовлечение несовершеннолетнего в потребление табака; Ст. 6. 24. Нарушение установленного федеральным законом запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах; Ст. 6. 25. Несоблюдение требований к знаку о запрете курения, к выделению и оснащению специальных мест для курения табака либо неисполнение обязанностей по контролю за соблюдением норм законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». [3]

Нужно отметить, что старые формы пропаганды: плакаты, информационные доски, к сожалению, уже утрачивают свою эффективность. Это связано с расширением информационного пространства – люди перестают верить большому потоку информации. Необходим поиск новых форматов, способов информирования. К примеру, в Южной Корее разработали экстраординарную социальную рекламу против насилия над детьми: вдоль тротуара был установлен проектор, на котором отображалась тень мальчика и мужчины, замахивающегося на него бутылкой. Каждый из прохожих мог стать частью инсталляции, то есть символически помочь мальчику, а на тени прохожих, вставших между мужчиной и мальчиком, отображался значок Супермена и номер 112, по которому можно позвонить при выявлении случаев насилия над детьми.

Очевидно, социальная реклама должна стремиться к интерактивному взаимодействию с людьми, убеждая в реальности происходящего и важности активного участия. Кроме того, необходимо запретить показ сигарет или алкогольных напитков в кинематографе, либо сделать это принадлежностью отрицательных героев. Немаловажным элементом пропаганды нужно считать и историю – мы все должны понять, что изначально русский народ был трезвый, непьющий. Даже когда заграничные купцы стали завозить на Русь алкоголь, пьянство в народе считалось грехом, особенно женское. Домострой категорически запрещал женщинам потребление спиртного, отмечая его пагубное влияние на здоровье детей.

Но надо бороться не только против табакокурения, алкоголя и наркотиков, но и за свободное время людей. Для этого возле каждого учреждения должна быть хотя бы небольшая спортивная площадка, чтобы во время перерыва сотрудники могли потратить время на более полезные вещи, чем на традиционное курение возле здания. В нашей стране активно пропагандируются занятия спортом. Недавно были восстановлены нормы ГТО, про-

водятся массовые забеги и велосипедные заезды, с целью популяризации занятий физкультурой и спортом. В городских дворах восстанавливаются и строятся новые спортивные площадки. Во многих городах работают центры здоровья, помогающие людям предупредить развитие заболеваний и придерживаться здорового образа жизни. Олимпиада в Сочи 2014 года оставила после себя множество спортивных объектов, активно использующихся для соревнований различного уровня.

Необходимо перенимать положительный опыт других странах. В Бутане курение запрещено на всей территории королевства. Штрафом карают как за курение, так и за ввоз табака на территорию страны. В ОАЭ и США за курение можно не только заплатить штраф, но и получить тюремное заключение. В Японии каждый гражданин подлежит обязательному измерению окружности талии. Если у него будет отмечено ожирение, его принудительно отправят на курсы правильного питания. XXI век ознаменовался блестящими открытиями, изменившими жизни миллионов людей, но так же породил большое количество болезней и факторов риска.

Хочется надеяться, что когда-нибудь человечество сможет преодолеть все негативные явления. Современному же миру нужны не только врачи, лечащие больных., а в гораздо большей степени нужны работники санитарной службы. Именно они могут предупредить массовые заболевания населения, выявив нарушения санитарно-эпидемических требований. Именно они могут запретить ввоз на территорию своей страны продуктов, не отвечающих требованиям безопасности. Именно в их власти предупреждение не только заболеваний, но и факторов риска, способствующих развитию этих заболеваний. Представителям санитарной службы отведена очень важная роль по контролю за соблюдением современного законодательства. Как справедливо отметил Ю. Д. Сергеев: «…санитарные врачи выполняют свойственные только им задачи и функции: предупреждение, выявление и пресечение нарушений законодательства Российской Федерации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» [4].

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ (ред. от 31.12.2014) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»: http:||base.garant.ru|70321478|*
2. *Проект Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития. URL: http: || www. minzdravsoc. ru| health| zdravo2020| 12.*
3. *Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ: http:||base.garant.ru| 12125267|*
4. *Правоведение. Медицинское право: Учебник [Под ред. Ю. Д. Сергеева]. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 304.*

Об авторе

Кобзев Глеб Сергеевич – студент 3 курса медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, г. Москва

Kobzev Gleb Sergeevich – 3rd year student of medical-prophylactic faculty of the First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – Кузьмин Станислав Борисович, ассистент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

Scientific adviser – Kuzmin S. B. professor assistant Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow.

Компанеец И. В.

ПРАВОВОЙ ПОРЯДОК РЕГУЛИРОВАНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НА ТЕРРИТОРИИ РФ

Статья посвящена анализу проблемы безопасности пищевых продуктов на территории Российской Федерации, с целью доработки контроля ввозимой продукции на наличие пестицидов и ГМО.

Ключевые слова: *безопасность пищевых продуктов, контроль.*

Kompaneets I. I.

LAWFUL ORDER OF THE REGULATION OF FOODSTUFFS IN RUSSIAN FEDERATION

Article is dedicated to the case study of safety of foodstuffs in the territory of the Russian Federation, for the purpose of the modification of the control of the imported production to the presence of pesticides and GMO.

The keywords: *safety of foodstuffs, control.*

Актуальность проблемы безопасности продуктов питания с каждым годом возрастает, поскольку именно обеспечение безопасности продовольственного сырья и продуктов питания является одним из основных факторов, определяющих здоровье людей и сохранение генофонда.

Под безопасностью продуктов питания следует понимать отсутствие опасности для здоровья человека при их употреблении, как с точки зрения острого негативного воздействия, так с точки зрения опасности отдалённых последствий [1].

Иными словами, безопасными можно считать продукты питания, не оказывающие вредного, неблагоприятного воздействия на здоровье настоящего и будущих поколений.

С продуктами питания в организм человека могут поступать значительное количества веществ, опасных для его здоровья. Поэтому в настоящее время, перед сотрудниками Роспотребнадзора, остро стоят проблемы, связанные с повышением ответственности за эффективность и объективность контроля качества пищевых продуктов, гарантирующих их безопасность для здоровья потребителей.

Пищевые продукты по своему качеству должны соответствовать требованиям ГОСТа (как это было в СССР до 1987 года). Показатели качества ряда продуктов, на которые в настоящее время, еще не установлены ГОСТы, приводятся во временных технических условиях – ВТУ [1].

В этом случае, по результатам санитарной оценки пищевого продукта определяют его пригодность или непригодность к употреблению. Санитарная оценка пищевых продуктов производится по органолептическим и лабораторным методам.

При органолептической оценке качества продуктов пользуются органами чувств: зрением, обонянием, осязанием, вкусом. Для лучшего определения качества производят пробную варку сомнительных продуктов – мяса, рыбы, круп в закрытой посуде. Несвежий продукт во время варки имеет неприятный запах. В сомнительных случаях образец продукта направляется для исследования в лабораторию.

Лабораторный метод исследования более точен: с помощью его определяют не только доброкачественность продуктов, но и его химический состав, калорийность.

С переходом к рыночным отношениям значительно изменились уровень и структура потребления в связи с низкой покупательной способностью населения. По уровню питания в расчете на душу населения страна с 7-го места в 1990 г. передвинулась на 71-е место в мире [3].

Особенно резко сократилось потребление по сравнению с рекомендуемыми наукой нормами мясомолочной продукции, рыбы и рыбопродуктов, растительного масла. Пищевой рацион среднего жителя страны состоит в основном из хлебных продуктов и картофеля. Неудовлетворительное питание (белково-энергетическая недостаточность, потребление некачественных, фальсифицированных и опасных для здоровья человека продуктов) не могло не отразиться на ухудшении показателей здоровья населения России: сокращается средняя продолжительность жизни, увеличиваются общая заболеваемость и смертность [3].

Одним из факторов, сдерживающих обеспечение безопасности и качества пищевых продуктов, является неэффективная реализация государственными структурами отдельных положений

Федерального закона от 2 января 2000г. №29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов», согласно которому, в торговом обороте не могут находиться пищевые продукты, которые не прошедшие процедуру государственной регистрации.

Такая регистрация в настоящее время неоправданно задерживается, что противоречит положениям Федерального закона от 05 декабря 1995г №2300-1 «О защите прав потребителей».

Создаются федеральные целевые и научно-технические программы обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов, разработка и реализация которых не только предусмотрены, но и ужесточены ФЗ-№29 «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (в ред. от 20.августа 2010г.)

Ненадлежащим образом проводятся государственный надзор и контроль в области обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов.

Не выполняются основные принципы технического регулирования, стандартизации и подтверждения соответствия.

В соответствии с постановлением Правительства РФ № 987 от 21 декабря 2000 года «О государственном надзоре в области обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов» Госторгинспекция осуществляет госконтроль и надзор только в сфере торговли, что создает определенные затруднения в работе санитарного инспектора, так как, выявить дефекты в торговле, заложенные на стадии производства очень сложно, не имея информации о технологии и рецептуре. Представляется, что функции Госторгинспекции по контролю качества и безопасности пищевых продуктов целесообразно распространить и в сферу их производства.

В настоящее время безопасность продукции на территории России, регулируется достаточно внушительной нормативной базой, которая приняв за основу советское законодательство, с учетом современной экономической ситуации, пытается ставить заслон недобросовестным как производителям, так и поставщикам и посредникам.

И так, Федеральный закон РФ от 05.декабря 1995г. № 2300-1 ФЗ «О защите прав потребителей» (в ред. от 15.февраля 2010г.) регламентирует не только безвредность готовой продукции, применяемого сырья, материалов и доброкачественных отходов для населения и окружающей среды, но и упрощает для потребителя, порядок возврата некачественной продукцией.

В свою очередь Федеральный закон РФ «О сертификации продукции и услуг» от 31.июля 1998г. № 154 (ред. от 27 декабря 2009 г.) устанавливает правовые основы сертификации продукции, включая пищевую, и услуг, в том числе общественного питания.

Федеральный закон «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» № 86-ФЗ от 05.07.96 г. (в ред. от 12.07.2008 г.) вводит ограничения в состав детского и диабетического питания.

И завершает этот правовой фундамент Федеральный закон от 30 марта 1999г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» согласно которому закреплены основные направления в области сохранения санитарного благополучия населения России, включая санитарные вопросы безопасности пищевых продуктов и продовольственного сырья.

В условиях экономических санкций стран Европы и США, наблюдается значительный рост некачественного продовольствия на потребительском рынке, слабо контролируемого импорта продуктов питания из стран СНГ. Так только на таможенных пунктах с Белорусией, сотрудниками Роспотребнадзора, конфисковано и уничтожено более десяти тонн продуктов только за четвертый квартал 2014 года. Согласно материалам «Аналитической справки», уничтожению подлежали просроченные консервы Европейского производства, с переклеенными этикетками «белорусских производителей «[http:||rospotrebnadzor.ru|].

У отечественного производителя, к сожалению, так же имеется ряд недостатков, связано это с появлением негативных тенденций, таких как: ухудшение качества сырья; низкие технический, технологический, санитарный уровни производства; ослабление производственного контроля. Нельзя умалчивать и о проблемах сертификации и стандартизации отечественной продукции – устаревшие стандарты; практически «условная» ответственность за те или иные нарушения в процессе производства, торговле и рекламе; непродуманностью внешнеэкономической и таможенной политики.

Перечисленные проблемы, к сожалению являются зеркальным отражением не только экономический, но и морально-этических аспектов нашего потребительского рынка, для решения которых необходимо наряду с разработкой новых законопроектов, регулирующих вопросы безопасности и качества пищевых и непищевых продуктов (отечественных и импортируемых производителей), но и ужесточение действующего законодательства для всех участников данной сферы деятельности.

Список литературы:

1. *Никифорова Т.Е. Безопасность продовольственного сырья и продуктов питания в РФ. Иваново, 2007. С. 16-18.*
2. *Постановление Правительства РФ от 10 августа 1998 г. N 917 «О Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года»: http://base.garant.ru/ 4174952/ #ixzz3cqJryOd9*
3. *Сергеев В.Н. Проблемы развития пищевой промышленности // Пищевая промышленность. 2000. № 1. С. 6-8.*
4. *Официальный сайт Роспотребнадзора [http://rospotrebnadzor.ru/].*

Об авторе

Компанеец Ирина Игоревна – студентка 3 курса медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Московского Университета им. И.М. Сеченова, kompaneetz.irina@yandex.ru

Kompaneets Irina Igorevna – third-year student of the Faculty of Medical and preventive, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – ст. преподаватель кафедры медицинского права Тимофеева М.Ю.

Scientific adviser – Timofeeva M. Y., Senior Lecturer, Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Кочина Е. В.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ И ОТКАЗ ОТ НЕЕ

Статья посвящена роли информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи несовершеннолетним и отказ от неё как предупреждение должностных преступлений в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: информированное добровольное согласие, медицинский работник, несовершеннолетний гражданин.

Kochina E. V.

INFORMED VOLUNTARY CONSENT TO MEDICAL ASSISTANCE TO MINORS AND REJECTION OF IT

This paper on the role of voluntary informed consent for medical care to minors and refusal from it as a warning of malfeasance in the health sector.

Keywords: voluntary informed consent, medical professional, minor citizen.

За последние десятилетия в Российской Федерации возросла роль правового регулирования в области оказания медицинской помощи, о чем свидетельствует большое количество нормативно-правовых актов в данной сфере. Это можно связать с рациональным использованием права как инструмента, позволяющего решать множества разноплановых конфликтов, возникающих в медицинской практике.

Одной из часто встречающихся проблем в сфере здравоохранения является нарушение порядка предоставления пациентам, в случае несовершеннолетних – законных представителей, информированного добровольного согласия медицинским персоналом на то или иное вмешательство в организм пациента и отказ от него.

Согласно статье об информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и отказ от него федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорится о том, что предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия 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.

В тех случая, когда гражданин, которому оказывается медицинская помощь, является несовершеннолетним, то информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Важным аспектом является то, что информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским персоналом и содержится в медицинской документации пациента. В настоящее время медицинские работники просто не знают о том, что больной гражданин должен дать официальное согласие, но и часто забывают об этом.

Чтобы грамотно, с юридической точки зрения, оформить письменно информированное добровольное согласие существует порядок его дачи на медицинское вмешательство и отказа от него, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В настоящее время медицинские работники просто не знают о том, что больной гражданин должен дать официальное согласие на вмешательство в организм, но и часто забывают об этом. Участились случаи «медицинского самопроизвола», который выражается в принятии медицинским работником решения за пациента, находящегося в здравом уме и памяти. В результате это может привести к плачевным последствиям в виде ухудшения,

утраты здоровья и смерти. Вот один из примеров оказания медицинской помощи несовершеннолетнему гражданину без согласия его родителя.

Гражданка Российской Федерации Н. родила ребенка. Мальчика взяли из палаты медицинские работники, а когда вскоре принесли его, то сообщили, что ребенку была сделана прививка от туберкулеза БЦЖ-М. На постановку данной прививки она согласия не давала. Через некоторое время гражданка Н. обнаружила на груди ребенка округлое «образование», которое постепенно стало увеличиваться в размерах. Через 3 месяца ребенку была сделана операция по удалению указанного образования. Ее ребенку был установлен диагноз «туберкулезный остит дистального эпифиза правой бедренной кости, БЦЖ-этиологии, осложненный натечным абсцессом». В связи с данным заболеванием ее сын признан инвалидом с детства. Указанные последствия в виде заражения сына туберкулезом возникли в результате неправомерных действий работников медицинской организации, осуществившего вакцинацию ребенка без информированного добровольного согласия матери малыша – законного представителя.

В результате незаконных действий медицинских работников гражданке Н. и ребенку причинены физические и нравственные страдания, которые выразились в физических болях, претерпеваемых в связи с заболеванием, нравственные страдания, которые терпит она и ребенок в связи с его инвалидностью, невозможностью вести нормальный образ жизни, необходимости постоянно принимать лекарства, проходить курс лечения. Медицинские работники, делая плановую вакцинацию новорожденного – сына гражданки Н. против туберкулеза нарушили процесс взятия информированного добровольного согласия с законного представителя несовершеннолетнего – матери. Это привело к инвалидизации ребенка.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1. если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные;

2. в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
3. в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
4. в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
5. при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

В итоге нужно сделать вывод о том, что информированное добровольное согласие является на данный момент наивысшей степенью рационального, «безболезненного» решения ряда вопросов, связанных с оказанием несовершеннолетнему пациенту медицинской помощи различного рода, которые могут возникнуть между лечащим врачом и его законным представителем или родителем. Благодаря письменному согласию родителя или законного представителя на различного рода вмешательства в организм ребенка, он вправе полностью отслеживать ход своего лечения, отказываться от каких-либо манипуляций и вносить предложения по оптимизации оказываемой терапии.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.): http:||base.garant.ru| 10103000|*
2. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: http:||base.garant.ru| 12191967|*
3. *Правоведение. Медицинское право: Учебник [Под ред. Ю. Д. Сергеева]. М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. 552 с.*

Об авторе

Кочина Е. В. – студентка 3 курса медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

Kochina E. V. – third-year student, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Кочина Е.В., Фомичева А.А.

ЕДИНОВРЕМЕННАЯ СУБСИДИЯ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛЬЯ, КАК ЭЛЕМЕНТ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПРАВОВОЙ ПОДДЕРЖКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Статья посвящена анализу законодательства о единовременном предоставлении финансовых средств на приобретение жилого помещения государственному служащему и связи доступности получения субсидии с профилактикой должностных преступлений.

Ключевые слова: *государственный служащий, профилактика правонарушений, единовременное субсидирование, служебный долг.*

Kochina E.V., Fomicheva A.A.

ONE-TIME SUBSIDY FOR THE PURCHASE OF HOUSING, AS AN ELEMENT OF THE SYSTEM OF LEGAL SUPPORT AND PREVENTION OF OCCUPATIONAL OFFENSES OF CIVIL SERVANTS

This article analyzes the legislation of one-time provision of funds for the purchase of premises for civil servants and linking between availability of subsidizing and preventing malfeasance.

Keywords: *civil servant, prevention of crime, a one-time subsidies, official duty.*

Государственные служащие относятся к определенной социально защищенной группе лиц, чей труд оплачивается из средств государства. Деятельность данной группы включает в себя, в том числе, права и обязанности, связанные с исполнением функций разрешения в отношении всех видов деятельности, распределения государственных ресурсов а также контроля и применения санкций в отношении любых правонарушений.

В связи с этим перед обществом и государством стоит крайне важная задача профилактики и минимизации ущерба от противоправной деятельности госслужащих, который, в случае его причинения, бывает крайне значительным. В частности, не редко явление вымогания «подарков» должностными лицами, что трактуется как профессиональное правонарушение и влечет за собой правовую ответственность. Очевидно, что служащие подвергают себя риску ради повышения уров-

ня жизни. Для предотвращения этих деяний данная категория трудящихся получает необходимую поддержку в виде определенных государственных гарантий в рамках соответствующих социальных программ.

Одной из таковых является субсидирование госслужащих на приобретение жилого помещения в виде единовременного предоставления сотрудникам гражданской службы определенной суммы денег для покупки жилья.

Наличие в законодательстве Российской Федерации возможности получения подобной субсидии для госслужащих является обеспеченной государством гарантией их уверенности в завтрашнем дне. Это право закреплено в законе «О государственной гражданской службе Российской Федерации» от 27.06.2004 № 79-ФЗ, но долгое время находилось в нерабочем состоянии. Изменения произошли после того, как было принято Постановление Правительства «О предоставлении федеральным государственным гражданским служащим единовременной субсидии на приобретение жилого помещения» от 27.01.2009 № 63. В данном нормативно-правовом акте содержится информация о порядке предоставления субсидии, условиях постановки на учет, размерах одноразовых выплат.

Чтобы получить данный вид финансирования от государства, существуют определенные условия для гражданских служащих, которые прописаны в Федеральном Законе «О государственной гражданской службе Российской Федерации» от 27.06.2004 № 79. К этим условиям относятся:

а) государственный служащий не является нанимателем жилого помещения по договору социального найма, либо членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилого помещения, либо членом семьи собственника жилого помещения;

б) он является нанимателем жилого помещения по договору социального найма, либо членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилого помещения, либо членом семьи собственника жилого помещения при условии, что общая площадь жилого помещения на 1 члена семьи составляет менее 15 кв. метров;

в) должностное лицо проживает в помещении, не отвечающем установленным для жилых помещений требованиям, независимо от размеров занимаемого жилого помещения;

г) является нанимателем жилого помещения по договору социального найма, либо членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилого помещения, либо членом семьи собственника жилого помещения, если в составе семьи имеется больной, страдающий тяжелой формой хронического заболевания, предусмотренной перечнем тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 июня 2006 г. № 378, и не имеет иного жилого помещения, занимаемого по договору социального найма или принадлежащего на праве собственности;

д) проживает в коммунальной квартире независимо от размеров занимаемого жилого помещения;

е) проживает в общежитии;

ж) проживает в смежной неизолированной комнате, а также в однокомнатной квартире в составе 2 семей и более (в том числе в составе семьи, которая состоит из родителей и постоянно проживающих с ними и зарегистрированных по месту жительства совершеннолетних детей, состоящих в браке) независимо от размеров занимаемого жилого помещения.

Если государственный служащий подходит по одному или нескольким пунктам данной статьи, то нужно встать на учет для получения единовременной выплаты, осуществляемой на основании заявления гражданского служащего, представляемого на имя руководителя в комиссию федерального государственного органа по рассмотрению вопросов предоставления гражданским служащим единовременных выплат по месту прохождения гражданской службы, в котором указывается, что по прежним местам гражданской службы единовременная выплата не предоставлялась.

В зависимости от того, сколько лет должностное лицо проработало в данной структуре, рассчитывается субсидиарный коэффициент. Можно сказать, что время работает на гражданского служащего: чем дольше он работает, тем большую сумму ему пре-

доставляет государство для приобретение жилья. С каждым годом в определенный промежуток времени приобретаемого стажа служащим, коэффициент увеличивается в среднем на 0,5, а если у должностного лица 20 лет стажа и более – коэффициент увеличивается на 0,05 за каждый год службы, но составляет не более 1,5:

- ✓ от 3 до 5 лет стажа – 1,05;
- ✓ от 5 до 9 лет стажа – 1,1;
- ✓ от 9 до 11 лет стажа – 1,15;
- ✓ от 11 до 15 лет стажа – 1,2;
- ✓ от 15 до 20 лет стажа – 1,25.

Средства, которые государство предоставляет на приобретение жилого помещения могут быть использованы в счет:

а) оплаты приобретаемого на основании договора купли-продажи жилого помещения;

б) оплаты паевого взноса, если гражданский служащий является членом жилищного, жилищно-строительного или жилищного накопительного кооператива;

в) оплаты работ по строительству объекта индивидуального жилищного строительства;

г) погашения долга и (или) уплаты процентов по кредитам или займам (включая ипотечные) на приобретение жилья (за исключением штрафов, комиссий, пеней за просрочку исполнения обязательств по указанным кредитам или займам), в том числе по кредитам или займам, обязательство по которым возникло у гражданского служащего до возникновения права на получение единовременной выплаты.

Однако, анализируя практику применения данной нормы права необходимо отметить проблематичность получения данной субсидии молодыми специалистами. Согласно требованиям право на подачу заявки на получение субсидии имеет госслужащий со стажем работы не менее 1-го года. Решение о постановке гражданского служащего на учет для получения единовременной выплаты или об отказе в этом принимается комиссией не позднее чем через 2 месяца после подачи заявления.

В действительности же получить субсидию в краткие (разумные) сроки могут только служащие, имеющие либо большой стаж работы, либо являющиеся многодетными.

Наличие указанного обстоятельства, по нашему мнению, не позволяет в полной мере реализовать потенциал, заложенный в концепции, являющейся основой для соответствующих норм права. Это связано с тем, что поставленные на учет для получения единовременной выплаты нуждающиеся госслужащие, но не соответствующие перечисленным выше «внутренним» условиям её выделения, остаются подверженными существующим коррупциогенным рискам в течение неопределенно длительного времени в значительно большей степени, по сравнению с сотрудникамине имеющими жилищных проблем. Соответственно, для значительной группы госслужащих данное право на жилищную субсидию не является фактически доступным и не выполняет своей профилактической антикоррупционной роли.

Жилищная субсидия, на наш взгляд, является эффективной мерой по профилактике правонарушений среди госслужащих, связанных со стремлением улучшения своего финансового положения, в том числе и жилищных условий. Мы полагаем, что для полноценной реализации этой государственной гарантии необходимо такое изменение механизма её реализации, при котором будет снята проблема «многолетних очередников». При этом условии жилищное субсидирование будет действенно обеспечивать уверенность в завтрашнем дне, стабильность трудовой деятельности служащих, а для государства и населения – уверенность в сотрудниках государственной службы и гарантию добросовестного исполнения служебного долга.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.): http:||base.garant.ru| 10103000| #ixzz3cqLLY2RL: http:||base.garant.ru| 10103000|*
2. *Федеральный закон от 27 июля 2004 г. № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации»*
3. *Постановление Правительства РФ от 27 января 2009 г. № 63 «О предоставлении федеральным государственным гражданским служащим единовременной субсидии на приобретение жилого помещения»: http:||base.garant.ru| 12164950|*
4. *Правоведение. Медицинское право: Учебник | Под ред. Ю.Д.Сергеев. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 552 с.*

Об авторах

Кочина Е.В., Фомичева А.А. – студентки 3 курса медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Kochina E.V., Fomicheva A.A. – students of First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

ms.ekochina@mail.ru, anastasia.fomichova@yandex.ru

Кудряшова З. В.

ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью выявления особенностей оформления информированного добровольного согласия несовершеннолетних при оказании медицинской помощи и выявлению проблем правоприменительной практики.

Ключевые слова: *информированное добровольное согласие; права несовершеннолетних.*

Kudryashova Z. V.

PARTICULARS OF INFORMED VOLUNTARY CONSENT IN THE CARE OF MINORS

Article is devoted to the analysis of the legislation in health sector for the purpose of detection of features of registration of the Informed voluntary consent of minors at delivery of health care and to identification of problems of law-enforcement practice.

Keywords: *the informed voluntary consent; rights of minors*

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N323-ФЗ от 21.11.2011 г. регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан страны и определяет [1]:

- ✓ Правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- ✓ Права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- ✓ Права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Одним из основных принципов охраны здоровья является приоритет интересов пациента при оказании ему медицинской помощи (ст. 4, п.2)

Предварительным условием медицинского вмешательства является получение информированного добровольного согласия

(далее ИДС) и предоставление пациенту полной информации: о состоянии здоровья больного (ст. 22), о медицинской организации, о правах и обязанностях пациента и медперсонала.

Информация о медицинском вмешательстве должна раскрывать пациенту подробно: цели и методы оказываемой медицинской помощи, возможные варианты медицинского вмешательства, последствия, предполагаемые результаты и риски применяемого лечения [1, 4].

В принятом федеральном законе всё же остаются некоторые спорные моменты и неточности.

В частности, остаётся дискуссионным вопрос о возрасте согласия на медицинское вмешательство.

До определённого возраста несовершеннолетнего ИДС на медицинское вмешательство берётся у одного из родителей или иного законного представителя. В большинстве случаев это происходит до достижения ребенком 15-летнего возраста.

Однако существуют некоторые особенности. Так, несовершеннолетние, больные наркоманией, получают право на ИДС лишь по достижении 16 лет. При этом, в случае медицинского освидетельствования и при оказании наркологической помощи, ИДС берётся с одного из родителей или иного законного представителя. Исключение составляют случаев приобретения полной дееспособности до достижения 18-летнего возраста.

Отдельно обстоит ситуация с трансплантацией органов и тканей. Она возможна лишь при наличии ИДС донора и реципиента. Изъятие органов и тканей у живого донора, не достигшего 18 летнего возраста, не допускается. Исключение составляют лишь случаи пересадки костного мозга. В отношении несовершеннолетнего реципиента необходимо ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

Специалисты считают, что вопрос о праве на подписание ИДС «следует рассматривать через призму дееспособности пациента» [7].

Способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то

есть по достижении восемнадцатилетнего возраста. Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет совершают сделки, за исключением определенного перечня некоторых действий, с письменного согласия своих законных представителей – родителей, усыновителей или попечителя [2].

В связи с этим представляется сомнительным тот факт, что несовершеннолетние с 15 лет в состоянии адекватно воспринять и оценить предоставляемую информацию и самостоятельно принять верное решение в отношении своего здоровья.

Особенно противоречивой становится ситуация с беременностью девушки-подростка. Согласно закону, она может самостоятельно принять решение о сохранении либо прерывании беременности. Фактически,ей предоставляется право решить вопрос сохранения жизни другого человека. При этом медработник, сообщивший о беременности несовершеннолетней её родителям, привлекается к ответственности за разглашение врачебной тайны [5].

Нормы закона № 323 не всегда применяются на практике, о чем свидетельствуют исследования, проведенные на базе кафедры общественного здоровья, организации, управления, экономики и юридических проблем здравоохранения Ивановской государственной медицинской академии исследования явился анализ отдельных аспектов оформления прав пациентов-подростков на основании изучения медицинской документации ЛПУ г. Иваново. Базами исследования являлись ГУЗ ОКБ Ивановской области, Госпиталь ветеранов войн (Травматологическое отделение № 1). Были проанализированы медицинские карты стационарного и амбулаторного больного.

Исследователями были получены следующие результаты [8]:

1. Письменная фиксация права пациента-подростка на согласие на медицинское вмешательство выявлена в половине рассмотренных случаев, при этом в его оформлении чаще принимают участие родители, а сами подростки – только в 1/3 случаев.

2. Процедура оформления отказа пациента-подростка от медицинского вмешательства в соответствии с положениями закона соблюдалась только в 50% случаев. Во всех случаях наблюдения отсутствовало указание на проведенную с пациентом беседу о последствиях отказа.

3. Отсутствует указание на круг лиц, имеющих право на получение информации о пациенте, а также объем сведений, которые могут быть им переданы врачом, в 100% случаев наблюдения.

Таким образом, для правильного оформления ИДС на медицинское вмешательство необходимо грамотное разъяснение врачом и понимание пациентом всей предоставляемой информации. Однако на практике это не всегда возможно ввиду существования некоторых проблем.

Одна из них – это определение объёма информации, предоставляемой пациенту. Не все пациенты желают знать всю информацию о состоянии своего здоровья. В связи с этим перед лечащим врачом стоит задача выбрать оптимальный объём для конкретного пациента.

Приходится оценивать способность пациента воспринять и осознать информацию. При работе с детьми и подростками это становится более затруднительно. Совершенно необходимо учитывать личностные характеристики, обусловленные как особенностью психологии подростков, такой как существование прямо противоположных потребностей и черт, полярность психики, так и гормональным фоном.

Также лечащему врачу важно обращать внимание на такие факторы, как социальный статус, уровень образования, материальное положение и принадлежность конфессии [6].

Согласно ст. 57 Семейного Кодекса РФ, ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы. Учет мнения ребенка, достигшего возраста десяти лет, обязателен, за исключением случаев, когда это противоречит его интересам. Поэтому, несмотря на то, что до определённого возраста ребёнка ИДС берётся у родителей, в настоящее время на практике всё чаще стараются учитывать мнение несовершеннолетнего. [3, 5, 6].

Законодательством регламентировано время, отведенное на приём пациента. [9].В течении 9-12 минут врач должен опросить, провести осмотр больного, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования, назначить лечение. При работе с детьми врачу необходимо проявлять особую деликатность, порой приходится уговаривать, отвлекать ребёнка, чтобы

провести обследование. Важно в доступной форме объяснить ребенку и его родителям все нюансы сложившийся ситуации. И эксперты считают, что необходимо оптимизировать работу врача, например, уменьшить объём заполняемой документации, передать часть работы среднему медперсоналу, а не просто уменьшать время на осмотр пациента [10].

Список литературы:

1. *Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 от 21.11.2011 г., статья 4, 20, 22, 47, 54 || «Российская газета» от 23 ноября 2011 г. № 263.*
2. *Гражданский Кодекс Российской Федерации, статья 21 || Собрание законодательства Российской Федерации от 5 декабря 1994 г. № 32. ст. 3301.*
3. *Семейный Кодекс Российской Федерации статья 57 || «Российская газета» от 27 января 1996 г. № 17.*
4. *Правоведение. Медицинское право: Учебник | Под ред. Ю.Д. Сергеева || М.: Медицинское информационное агентство, 2014.*
5. *Ю.В.Павлова Информированное добровольное согласие при оказании медицинской помощи несовершеннолетним лицам: проблемы правового регулирования || Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013. № 1.*
6. *Н.Н.Седова К вопросу об Информированное добровольном согласии в условиях детского инфекционного стационара || Менеджер здравоохранения. 2013. № 1.*
7. *Н.О.Бажанов, Н.С.Иваненко Правовые аспекты информированного добровольного согласия || Медицинское право. 2012. № 6.*
8. *Е.К. Баклушина,М.В. Нуженкова, Ю.В. Интякова Некоторые аспекты оформления прав пациентов-подростков в медицинской документации || Медицинское право. 2005. № 4.*
9. *Сайт Министерства Здравоохранения Российской Федерации http://www.rosminzdrav.ru/ news/ 2015/ 01/ 26/ 2206-prohodit-obschestvennoe-obsuzhdenie-proekt-prikaza-utverzhdayuschego-tipovye-otraslevye-normy-vremeni-posescheniya-patsientom-vracha*
10. *Сайт MedPro http://medpro.ru/ news/ natsmedpalata_ne_podderzhala_minzdrav_po_normam_vremeni_priema*

Об авторе

Кудряшова Злата Владимировна – студентка 5 курса Лечебного факультета Первого Московского Медицинского университета им. И. М. Сеченова.

Kudryashova Zlata Vladimirovna – student of the fifth course of medical faculty, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow.

Zlata-kudryashova@mail.ru

Мандрыка Е. А.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена анализу законодательства с целью выявления проблем реализации прав несовершеннолетних при оказании им медицинской помощи, отмечены правовые коллизии, связанные с возрастом согласия на медицинское вмешательство, а также с совместным пребыванием родителей с ребенком при оказании ему лечения в условиях стационара, предложены некоторые пути решения выявленных проблем.

Ключевые слова: *права несовершеннолетних, информированное добровольное согласие, совместное пребывание*

Mandryka E. A.

SOME PROBLEMS OF REALISATION THE MINOR'S RIGHTS TO RENDERING MEDICAL CARE

This article analyzes the legislation in the field of health in order to identify problems of realization the minor's rights to rendering medical care. The peculiarities of informing before rendering medical treatment are elucidated together with those of joint stay with children during rendering medical care in hospital; some ways to receive these problems are proposed.

Keywords: *minor's rights, informed voluntary consent.*

В ноябре 2011 года Государственной Думой и Советом Федерации был принят Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где определены организационные, экономические и правовые основы охраны здоровья граждан, их обязанности и права в данной сфере. В частности, в ст.20 закреплено право граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, начиная с возраста 15 лет. В случае, если пациент не достиг этого возраста, решение о проведении показанного медицинского вмешательства принимают их законные представители: родители, опекуны, органы опеки и попечительства [4]. Однако, при достижении несовершеннолетним возраста 15 лет и приобретения, таким образом, права на информированное добровольное согласие, возни-

кают некоторые противоречия с другими законодательными актами Российской Федерации.

Так, согласно Семейному и Гражданскому кодексам Российской Федерации, совершеннолетие, то есть способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их, наступает с возраста 18 лет [1, 2, 3]. Этому соответствует и ст. 60 Конституции РФ [1]. Статья 63 Семейного кодекса РФ определяет лицо, не достигшее совершеннолетия, как ребенка. Однако родители, несущие всю ответственность за воспитание и развитие ребенка (физическое, психическое и нравственное) и являющиеся его законными представителями и выступающие в защиту их прав и интересов без специальных полномочий, не могут в полной мере исполнять свои обязанности по соблюдению прав и интересов несовершеннолетнего, неся при этом бремя ответственности за возможное ухудшение его состояния, в то время как ребенок получает право самостоятельно распоряжаться объемом оказываемой ему медицинской помощи [5, 6].

Согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации, несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет имеют право распоряжаться собственными доходами, осуществлять авторские права и распоряжаться кредитными вкладами, однако совершать сделки в этом возрасте разрешается лишь с письменного согласия своих родителей или законных представителей, пусть даже ретроспективного, т.е. после заключения сделки она становится законной исключительно при наличии согласия [2]. Гражданско-правовой акт, которым можно обозначить медицинскую помощь (оказание медицинской услуги в обмен на согласие на ее выполнение), таким образом, противоречит ФЗ № 323, поскольку здоровье представляется более ценным неотъемлемым правом несовершеннолетнего, нежели сделкоспособность, направленная, прежде всего, на получение материальных благ [5, 6]. Вместе с тем, несовершеннолетний обладает большей свободой в решении вопросов, касающихся собственного здоровья, нежели в решении вопросов о материальных благах.

Не стоит забывать и о возрастных особенностях отношения к здоровью или болезни: так, в подростковом возрасте наиболее сильное негативное влияние на психику оказывают болезни, связанные с изменениями внешности, с наличием некоторых уродств. Однако в то же время серьезное заболевание, не манифестирующее изменением внешнего вида, может остаться без должного внимания при принятии несовершеннолетним самостоятельного решения, к примеру, об отказе от медицинской помощи, и этот поступок может стать роковым. В данной ситуации становится очевидной необходимость наличия письменного согласия или отказа законных представителей при подписании несовершеннолетним информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказе от него.

Еще одной очень важной проблемой является реализация права родителей или иных законных представителей на бесплатное совместное нахождение с ребенком при оказании ему медицинской помощи в условиях стационара. Конвенция ООН о правах ребенка, ратифицированная Российской Федерацией в 1990 году, гласит, чтобы ребенок не разлучался с родителями вопреки их желанию (ст. 9). Конституция РФ в ст. 38 закрепляет тот факт, что забота о детях является равным правом и обязанностью родителей. В ст. 51 ФЗ № 323 определено, что бесплатное совместное нахождение с ребенком гарантировано одному из родителей или законному представителю на весь период лечения до достижения ребенком возраста четырех лет, а с ребенком старше – при наличии медицинских показаний [5].

Прежде всего, остается не совсем ясным выбор именно этого возраста как критерий возможности разлучения с родителями, поскольку в 3-4 года у ребенка все еще продолжается бурный рост и активное физическое и психическое развитие, что создает повышенную напряженность всех органов и систем организма и делает ребенка предрасположенным к развитию не только нервно-психических, но и соматических заболеваний, к примеру атопический дерматит или бронхиальная астма. Если присоединить к этим данным стресс от пребывания в стационаре и необходимость расставаться с родителями, то это может стать дополнительным триггерным фактором и негативно отразиться как на здоровье самого ребенка и его семье, так и на работе медицинского персонала, поскольку им придется приглашать специалистов и

прилагать дополнительные усилия для борьбы с дополнительно возникшими изменениями в состоянии здоровья ребенка [7]. Отсутствуют пояснения медицинских показаний, которые служили бы критерием для совместного нахождения в стационаре с ребенком старше

четырех лет. Существует вероятность, что родители, желая быть вместе с ребенком в столь сложный период и не имея при этом средств на оплату палаты повышенной комфортности (либо при отсутствии таких палат в отделении), будут просить лечащего врача найти подобные показания, что может способствовать росту коррупционогенности. Трудности могут возникнуть и при необходимости подписывать информированное добровольное согласие на какое-либо экстренное медицинское вмешательство, поскольку родителей может не оказаться рядом при возникновении необходимости в таком вмешательстве. Соответственно, они не могут выполнять свои обязанности по защите прав и законных интересов ребенка [7]. В современных реалиях возникает и еще одна сложность совместного пребывания – отсутствие необходимых условий. Вместо отдельной кровати рядом с кроваткой ребенка родители вынуждены либо ночевать на стуле, либо на диване в холле, либо оплачивать палату повышенной комфортности, что не всегда представляется возможным.

Таким образом, требуется дальнейшее урегулирование законодательства в сфере защиты прав несовершеннолетних при оказании им медицинской помощи, приведение его в соответствие с другими нормативно-правовыми актами Российской Федерации и международными документами.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) // «Российская газета» от 25 декабря 1993 г. № 237.*
2. *Часть первая Гражданского кодекса Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 5 декабря 1994 г. № 32 Ст.3301.*
3. *Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 1 января 1996 г. № 1 ст. 16.*

4. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724.*
5. *Пищита А.Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации. М.: Центральная клиническая больница РАН, 2006. С. 18.*
6. *Павлова Ю.В. Информированное добровольное согласие при оказании медицинской помощи несовершеннолетним лицам: проблемы правового регулирования. М.: Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2013. № 1. С. 25.*
7. *Степанова М.Н. Новый законопроект Минздравсоцразвития (от 30 июня 2010 г.) ограничивает право на совместное пребывание с ребенком в больнице. 2010: http://democrator.ru/problem/2747/2747*

Об авторе:

Мандрыка Евгения Александровна – студентка 5 курса лечебного факультета Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, Москва, cerise_92@mail.

Mandryka Evgenia Aleksandrovna – 5th year student of the Medical facility, First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – Павлова Юлия Владимировна, кандидат юридических наук, доцент, заведующая учебной частью кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Scientific adviser: Pavlova Julia Vladimirovna, associate professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

Мартынова К. В., Портнова Е. В.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье раскрываются различные аспекты правового регулирования в области искусственного прерывания беременности. Проведен анализ действующей нормативно-правовой базы и судебной практики в данной области, определены пробелы и новеллы действующего законодательства Российской Федерации. Также предложен ряд мер, которые могут способствовать снижению числа абортов, сохранению репродуктивного здоровья и повышению рождаемости.

Ключевые слова: *искусственное прерывание беременности, социальные показания, медицинские показания, незаконное проведение искусственное прерывание беременности, административная ответственность, уголовная ответственность.*

Martynova K., Portnova E.

LEGAL ASPECTS OF REGULATION IN THE AREA OF ABORTION

In article various aspects of legal regulation in the field of artificial interruption of pregnancy are being revealed. The analysis of the operating standard and legal base and jurisprudence in the field is carried out; gaps and short stories of the current legislation of the Russian Federation are defined. A number of measures which can promote decreasing an abortion numbers, preservation of reproductive health and rate birth increasing are also offered.

Keywords: *artificial interruption of pregnancy, social indications, medical indications, illegal carrying out of an artificial pregnancy interruption, administrative responsibility, criminal liability.*

В настоящее время разработка мер по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, повышению уровня рождаемости, снижению числа абортов, укреплению института семьи является одним из приоритетных направлений социальной политики Российской Федерации, что не могло не найти свое отражение в действующем законодательстве. [1]

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) закрепил не только права беременных

женщин и матерей в сфере охраны здоровья, но и право женщине самостоятельно решать вопрос о материнстве (гл. 6).Опыт государств, запрещающих искусственное прерывание беременности, показывает, что запрет приводит не только к положительной демографической ситуации в стране, но и к увеличению «подпольных абортов» и, как следствие – к причинению тяжкого вреда здоровью, бесплодию, и даже смерти женщин репродуктивного возраста. Можно утверждать, что законодательное регулирование проведения данной операции, с большим количеством осложнений, оберегает здоровье женщины больше, чем любые запреты.

На законодательном уровне правовое регулирование искусственного прерывания беременности осуществляется посредством:

- ✓ Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 51, ст. 56) [2];
- ✓ Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) (ст. 131, ст. 123) [3];
- ✓ Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ) (ст. 6.32) [4];
- ✓ Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ»Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ст. 35) [5].

Необходимо отметить Федеральный закон «О рекламе» (пункт 9 ст. 7) данного закона запрещает рекламу медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности [6].

Также действует ряд подзаконных нормативных правовых актов, таких как Постановления, Письма и Приказы. К примеру:

- ✓ Письмо Минздравсоцразвития России от 02.07.2008 № 4627-РХ «Об абортах и материнской смертности после абортов в Российской Федерации в 2007 году» [7];
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» [8];
- ✓ Постановление Правительства от 6 февраля 2012 года №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» [9].

На законодательном уровне закреплены условия, сроки и показания для искусственного прерывания беременности (ст. 56 Федерального Закона № 323).

В отличие от ранее действующих Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года №5487-1 (ст. 36), в Закон № 323-ФЗ внесены следующие изменения.

Во-первых, искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.

В 2007 году был принят Приказ Минздравсоцразвития РФ «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель» (№ 335 от 17.05.2007), в котором предлагается перед искусственным прерыванием беременности – путём подписания соответствующего документа – предупреждать женщину о возможных последствиях прерывания беременности [10].

Во-вторых, – искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

На сегодняшний день Закон № 323-ФЗ устанавливает «период ожидания» для женщин, решивших прервать беременность.

Согласно ч. 3 ст. 56 Закона № 323-ФЗ искусственное прерывание беременности проводится:

1. не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:
   - ✓ при сроке беременности четвертая - седьмая недели;
   - ✓ при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;
2. не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая-десятая недели беременности.

Очевидная цель данного нововведения – дать женщине возможность еще раз подумать о необходимости аборта и, возможно, сохранить беременность. Мы считаем, что введение периода ожидания для искусственного прерывания беременности – это положительная тенденция законодателя, направленная на уменьшение количества абортов, на сохранение демографической стабильности, так как зачастую решение о прерывании беременности для многих женщин является спонтанным и преждевременным.

В-третьих, установление административной ответственности.

В соответствии с ч 8 ст. 56 Закона № 323-ФЗ незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой административную или уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Хотелось бы отметить, что до недавнего времени за незаконное прерывание беременности законодательством РФ была предусмотрена только уголовная ответственность. Однако ст.123 УК РФ предусматривает ответственность только для лица, не имеющего высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Введение в 2015 году административной ответственности можно считать основной новеллой в законодательстве Российской Федерации. В КоАП РФ появилась ст. 6.32.Часть 1 ст. 6.32 КоАП РФ предусматривает ответственность за нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья о получении информированного добровольного согласия влечет наложение административного штрафа:

- ✓ на медицинских работников в размере от 1 тысячи до 3 тысяч рублей;
- ✓ на должностных лиц – от 5 тысяч до 10 тысяч рублей;
- ✓ на юридических лиц – от 40 тыс. до 100 тыс. рублей.

Несмотря на то, что норма об ИДС в Законе № 323-ФЗ появилась в 2011 году, законодательством не было предусмотрено ответственности за осуществление искусственного прерывания беременности. Без ИДС. На сегодняшний день данный пробел устранен.

Часть 2 ст. 6.32 КоАП РФ предусматривает ответственность за нарушение сроков (в том числе при наличии медицинских и соци-

альных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности), установленных законодательством в сфере охраны здоровья для проведения искусственного прерывания беременности влечет наложение административного штрафа:

- ✓ на медицинских работников в размере от 4 тысяч до 5 тысяч рублей;
- ✓ на должностных лиц – от 10 тысяч до 30 тысяч рублей;
- ✓ на юридических лиц – от 100 тысяч до 150 тысяч рублей.

Несмотря на то, что и Основами, и 323-ФЗ были установлены четко определенные сроки для прерывания беременности без показаний [12] и по показаниям (социальным, медицинским) по статистике во многих городах России после 12 недель без каких бы то ни было показаний (социальных, медицинских) акушерами-гинекологами проводилось искусственное прерывание беременности. К ответственности привлечь их было невозможно, поскольку не было законодательно установленной санкции.

Установление в 2015 году КоАП РФ ответственности за данное правонарушение устранило существующий пробел в законодательстве и, по просмотренной нами судебной практике можно заключить, что данное правонарушение – совсем не редкость и на сегодняшний день в большинстве городов России. К примеру, в соответствии с решением суда от 20 октября 2014 года по делу №1-11-49, вынесен приговор подсудимой в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 123 УК РФ [11].

В данный период времени произошло тотальное сокращение социальных и медицинских показаний. Ранее в перечень входило порядка двенадцати социальных показаний, таких как: смерть мужа во время беременности, отсутствие жилья.

Неудивительно, что в 2003 г. перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности был существенно сокращен, до 4 пунктов.

В настоящее время Постановление Правительства от 6 февраля 2012 года № 98 установило только одно социальное показание для искусственного прерывания беременности – беременность в результате изнасилования (ст.131 УК РФ).

Доля абортов по социальным показаниям очень мала и не может серьезным образом повлиять на ситуацию с абортами в стране [12].

В 2007 году был сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития от 03.12.2007 № 736); до этого в перечне медицинских показаний было 132 пункта заболеваний и 2 физиологических состояния, после 2007 г. стало 90 пунктов заболеваний и одно физиологическое состояние (возраст моложе 15 лет), фактически перечень заболеваний сокращен на треть. Это связано с тем, что появилось множество современных технологий, таких как, экстракорпоральное оплодотворение [13].

Еще одной новеллой новеллой законодательства можно считать и возможность отказа врача от наблюдения за пациентом и его лечения, а также от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. Возможность отказа врача от производства аборта предусмотрена Декларацией ВМА «О медицинских абортах. Указанная Декларация не является нормативно-правовым актом, поэтому необходимо рассмотреть право врача на отказ от производства аборта в юридическом смысле.

Согласно ч. 3 ст. 70 Закона № 323-ФЗ лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом медицинской организации может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа должностное лицо медицинской организации должно организовать замену лечащего врача [14].

Также мы хотим отметить Федеральный закон «О рекламе», п. 9 ст. 7 которого запрещает рекламу медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности с 01 января 2014 года.

В связи с неудовлетворительной демографической ситуацией в стране государство начало проводить политику увеличения рождаемости. Запрет на рекламу медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности является одной из мер поддержки данной политики. Реклама медицинских услуг затрагивает

морально-этический аспект, заключающийся в том, что прерывание беременности является глубоко чувствительным для современного общества вопросом, является ли оно убийством ребенка. В этом контексте искусственное прерывание беременности нельзя рассматривать как обычный товар, объемы продаж которого могут быть увеличены путем рекламирования.

В рамках программы обязательного медицинского страхования, государство предоставляет гарантии по бесплатному оказанию услуги по искусственному прерыванию беременности.

24 апреля 2015 г. Госдума отклонила проект федерального закона «О внесении изменения в статью 35 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части ограничения финансирования абортов.

По нашему мнению такая ситуация недопустима, как с позиций сохранения жизни и здоровья женщин, так и с правовой и этической точек зрения. Как показывает практика, среди основных причин прерывания беременности без медицинских показаний сегодня – социальные причины: отсутствие семейных отношений, жилья, работы, низкие доходы. То есть, в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения для «бесплатного» аборта обращаются, в основном, социально незащищенные, малоимущие категории женщин. Необходимость оплаты может повлечь за собой попытки женщины самостоятельно прервать беременность, обращаться в немедицинские организации, к знахарям, незаконным акушеркам. Результат - непоправимый вред здоровью, вплоть до летальных исходов и бесплодия. Кроме того, как показывает практика, от нежеланных детей женщины часто отказываются уже в роддоме. Как результат – рост числа детей, оставшихся без попечения родителей [15].

На законодательном уровне, как мы упоминали ранее, введен «период ожидания» для женщин, которые решили прервать беременность [16].

Предполагается, что в указанный период пациентка, решившая прервать беременность, не должна оставаться с проблемой «один на один», с ней должны работать социальные работники и специалисты-психологи.

Мы считаем, что необходимо включить в программу ОМС предоставление психологической помощи для женщин, обратившихся для прерывания беременности. Для этого нужно учредить штатную единицу специалиста психолога в женских консультациях по месту жительства для предоставления психологической помощи всем нуждающимся в этом пациенткам.

Сегодня российское законодательство гарантирует женщинам право самостоятельно решать вопрос относительно того, иметь или не иметь детей. Такая правовая норма соответствует и требованиям международных правовых актов: Конвенции ООН о ликвидации дискриминации в отношении женщин, Европейской конвенции об уважении к частной и семейной жизни.

В тоже время, действующая в стране нормативно-правовая база закрепляет множество правовых гарантий, позволяющих женщине при наступлении беременности сделать выбор в пользу рождения ребенка. Только за последние годы принят ряд мер, направленных на сокращение числа абортов и их предупреждение.

Например:

сокращение перечня медицинских и социальных показаний для прерывания беременности;

- ✓ введение «периода ожидания» для женщин, решивших прервать беременность;
- ✓ запрет рекламы услуг по прерыванию беременности;
- ✓ введение в 2015 году административной ответственности в КоАП РФ.

В случае же, когда женщина приняла решение о прерывании нежелательной беременности, ее право должно быть обеспечено получением доступной, безопасной и квалифицированной медицинской помощью.

По нашему мнению, главное в проблеме абортов – это профилактическая работа.

Необходимо усиливать государственные меры, направленные на восстановление в общественном сознании традиционных для российского народа семейных ценностей, повышение социального престижа материнства, защиту женщин и детей от насилия, организацию социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в связи с рождением ребенка.

Список литературы:

1. *Конституция Российской Федерации (ст. 41) / Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 01.08.2014.*
2. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.51, 56) / «Российская газета». № 263. 23.11.2011.*
3. *Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ) (ст. 6.32) / «Российская газета». № 256. 31.12.2001.*
4. *Уголовный кодекс Российской Федерации (УК РФ) (ст.,131, 123) / «Собрание законодательства РФ». 17.06.1996. № 25. Ст. 2954.*
5. *Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ст. 35) / «Российская газета». № 274. 03.12.2010.*
6. *Федеральный закон «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ (п. 9 ст. 7) / «Российская газета». № 51. 15.03.2006.*
7. *Письмо Минздравсоцразвития России от 02.07.2008 № 4627-РХ «Об абортах и материнской смертности после абортов в Российской Федерации в 2007 году».*
8. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» / «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти». № 9. 03.03.2008.*
9. *Постановление Правительства от 6 февраля 2012 года №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» / «Собрание законодательства РФ». 13.02.2012. № 7. Ст. 878.*
10. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2007 г. № 335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель» / «Российская газета». № 237. 24.10.2007.*
11. *Эркенова И.В.К истории развития медицинского и уголовно-правового понятия искусственного прерывания беременности / Медицинское право. № 4. 2006.*
12. *Приказ Минздрава РФ от 14.10.2003 № 484 «Об утверждении инструкций о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности» / «Российская газета». № 249. 09.12.2003.*
13. *Письмо Минздравсоцразвития России от 18.01.2007 № 290-ВС «О порядке организации оказания медицинской помощи при проведении операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям».*
14. *Бершадская М.Б. Будет ли медицинский работник иметь право на отказ от производства аборта? / Главный врач. № 2. 2012.*
15. *Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» / «Российская газета» (специальный выпуск). № 90/1. 25.04.2013.*
16. *Сергеев Ю. Д., Мурзабаева С. Ш., Павлова Ю. В.Некоторые проблемы механизма реализации правовых норм в сфере охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав населения в Российской Федерации / Медицинское право. № 2. 2013.*

Об авторах:

Мартынова Ксения Всеволодовна – студентка Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, Москва, FunnyBunn@yandex.ru

Портнова Екатерина Владимировна – студентка Первого Медицинского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, Москва, Portnova.k.1994@mail.ru

Martynova Ksenia – student of the of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Portnova Ekaterina – student of the of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Тимофеев Ю. С.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью выделения проблем взаимодействия пациента и медицинского персонала на этапе сбора анамнеза при заполнении истории болезни в стационаре, или амбулаторного лечения с учетом складывающейся судебной практики.

Ключевые слова: *права пациентов, информация о состоянии здоровья, результат обследования, обязанности пациента, наличие заболевания, возможные последствия.*

Timofeev Y. S.

THI RIGHTS AND DUTIES OF CITIZENS IN THE HEALTH CARE SYSTEM

This article analyzes the legislation in the field of health in order to highlight the problems of interaction of patient and medical staff to step in completing the anamnesis or outpatient treatment, taking into account the evolving jurisprudence.

Keywords: *Patients' rights, health information, surveys, patient responsibilities, the presence of the disease, possible effects.*

Одним из приоритетных направлений в системе здравоохранения, является реализация прав граждан (пациентов) на информацию о состоянии здоровья и на его поддержание. В этой связи гражданин, вступающий в правовые отношения с представителями системы здравоохранения, заключает «двусторонний договор», не зависимо от формы ОМС или ДМС, по которому у каждой из сторон определены как права, так и обязанности.

В свою очередь, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», не только закрепляет практически все аспекты медицинской деятельности на территории РФ, но и пытается регулировать права и обязанности любого человека и гражданина, выступающего в качестве пациента, не зависимо от его гражданства, вероисповедания и социального статуса.

Так право граждан на информацию о состоянии здоровья закрепляется и детализуется в ст.22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где согласно ч.1, каждый имеет право получить в медицинской организации информацию, в доступной для него форме, о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе дальнейшего развития заболевания, возможных методах оказания медицинской помощи и связанных с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Необходимо отметить, что судебная практика, как правило, идет по пути ограничительного толкования этого прав, ссылаясь на положения ст.31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и не признает за пациентом права на получение своей медицинской карты в полном объеме, а только выписок из нее, как копии медицинских документов, отражающие состояние здоровья пациента и результаты обследования, дающие право гражданам для дальнейшего лечения и консультаций.

Подобный отказ мотивируется нормами врачебной этики, ведь, копии амбулаторных карт и историй болезни, содержат и другие сведения, используемые в работе врача, в связи с чем выдача данной документации не представляется возможным (целесообразным). Следовательно, после подобного анализа действующего законодательства, и оценив представленные в свою очередь доказательства сторон, суд приходит к выводу, о том, что требования заявителя (пациента) удовлетворению не подлежат. И пока законодатель не пропишет уточнения в ч.1 ст.22, ситуация в разрешении данных споров не изменится.

Согласно ч.2 ст.22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информацию пациенту о его состоянии здоровья должен предоставлять лично лечащий врач, или другие медицинские работники, принимающие непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. Здесь законодатель четко прописывает и требования о информировании и в отношении лиц, не достигших возраста пятнадцати лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, предоставляя это право их законным представителям.

Закон дает право на медицинскую информацию и представителю пациента, действующему на основании доверенности, выданной самим пациентом, или его законным представителем.

Согласно ч.3 ст.22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», информация пациенту не может быть предоставлена против его воли, и здесь мед. персонал по умолчанию переносит это право на законных представителей и родственников, что согласно судебной практике, не всегда служит интересам самого пациента. Здесь, необходимо внести уточнения, закрепляющие за мед. персоналом обязательное информирование пациента (в деликатной форме), в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания, т.к. родственники (законные представители), из сострадания, или корыстных побуждений могут промолчать, и шанс на спасение пациента будет потерян.

Законодатель отмечает, что воля пациента на получение информации, должна быть выражена четко и безоговорочно. Фиксируется этот факт в письменном виде.

Согласно ч.4 ст.22ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», пациент, или его законный представитель, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и на основании этих документов получать консультации у других специалистов.

В этой связи, ч.5 ст.22 закрепляет право пациента и его законного представителя, на основании письменного заявления, получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, сроки и порядок предоставления данных документов определены соответствующим положением, и, как правило, подлежат четкому исполнению.

Обратная сторона правоотношений, граждан и медицинских работников, закрепляет обязанности пациента. Согласно ст.27. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», законодатель дает перечень обязанностей пациента, тем самым создавая не только этическую, но и правовую связь между действиями медицинского персонала и возможными последствиями в результате действий или бездействий самого пациента.

Согласно ч.1 ст.27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья. Конечно эта норма является «декларативной», поскольку законодатель не предусматривает ответственности за невыполнение. Так гражданин, может фактически поставить себя на край гибели курением табака, или спайсов, злоупотреблением алкоголя, неправильным питанием, бездумным принятием лекарственных средств,или БАДов и правовых норм, наказывающих за такое поведение – нет. Практически единственным видом наказания за причинение вреда своему здоровью предусматривает ст.6.9 КоАП РФ за немедицинское употребление наркотических средств.

Согласно ч.2 ст.27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», граждане обязаны проходить медицинские осмотры (в случаях, предусмотренных законодательством), а граждане, страдающие опасными для окружающих заболеваниями, обязаны проходить медицинские обследования и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

Согласно ч. 3 ст.27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения на весь период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Согласно п. 3 ч. 2 ст. 4.3 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», законодатель предусматривает аналогичные нормы для пациентов, из числа застрахованных, а согласно ч.3, той же статьи, в случае невыполнения такой обязанности, страховщик вправе взыскать причиненный ущерб с нарушителя. Такой ущерб предусматривает дополнительный расход страховой организации на оплату лечения, если такие расходы вызваны нарушением режима лечения со стороны пациента (например, пациент, находясь на излечении в инфекционном отделении, в нарушении режима лечения в зимнее время на длительный период открыл форточку в палате, а в результате поступления холодного воздуха с улицы, пациенты получили осложнение в виде пневмонии – затраты на лечение пневмонии могут быть взысканы в данного пациента).

К сожалению, законодатель не предусмотрел обязанность пациента, во время сбора анамнеза, сообщать медицинскому персоналу достоверную информацию о своем состоянии и заболевании, о ходе самостоятельного лечения и принятии лекарственных препаратов, тем самым не только упрощая работу лечащего врача, но и снижая вероятность возникновения:

- ✓ Необоснованного отказа в госпитализации больного (пострадавшего).
- ✓ Недооценку медицинским работником тяжести состояния больного.
- ✓ Недостаточное использование врачом диагностических приемов и методов.
- ✓ Ненадлежащий сбор анамнеза жизни и заболевания.
- ✓ Отсутствие надлежащего динамического наблюдения за больным, последовательности и целенаправленности в его обследовании и лечении [1].

Эта малая часть перечисленных последствий, приводящих порой к необратимым последствиям в здоровье отдельных граждан, которые по «недомыслию», или просто умалчивают, искажают отдельные клинические факты, провоцирую для своего здоровья необратимые последствия под названием – «врачебная ошибка».

Список литературы

1. *Правоведение. Медицинское право. [Сергеев Ю.Д. и др.]. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 431.*

Об авторе

Тимофеев Юрий Сергеевич – студент 5 курса педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Timofeeva_info@mail.ru

Timofeev Yury Sergeyevich – fifth-year student of RNIMU First N.Pirogov, Moscow.

Научный руководитель – Юлия Владимировна Павлова, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М.Сеченова, кандидат юридических наук, Москва

Фомичева А. А.

РОЛЬ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения и санитарно-эпидемиологического благополучия с целью выявления роли органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора в обеспечении безопасности и качества медицинских услуг и их эффективности.

Ключевые слова: *санитарно-эпидемиологический надзор; безопасность медицинских услуг.*

Fomicheva A. A.

THE ROLE OF ORGANS OF THE STATE OVERSIGHT COMMITTEE FOR SANITATION AND EPIDEMIOLOGY IN ENSURING THE QUALITY AND SAFETY OF HEALTH SERVICES

The article is devoted to the analysis of legislation in the field of health and sanitary-epidemiological well-being with the aim of identifying the role of the Russian Federation Oversight Committee for Sanitation and Epidemiology in ensuring the safety and quality of health services and their effectiveness.

Keywords: *sanitary-and-epidemiologic supervision, safety of medical services.*

Издавна известно, что медицинская деятельность несет в себе, как несомненную пользу для человека, которому оказывалась помощь, так и определенный риск, обусловленный такими факторами, как: опыт и добросовестность исполнителя медицинских услуг, безопасность оказываемых услуг и средств, помогающих их осуществлять, соответствие стандартам. Немаловажное значение имеет санитарно-эпидемиологическая обстановка места, где оказываются услуги. Совокупностью этих и многих других факторов обеспечивается надлежащее качество и безопасность оказываемой медицинской помощи.

В связи с этим, актуальными являются вопросы, как улучшения качества и повышения безопасности медицинской деятельности, так и обеспечения надзора за поддержанием их на должном уровне, в чем принимают непосредственное участие органы санитарно-эпидемиологического надзора.

Безопасность определяется как состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз. К ее основным объектам относят в том числе и личность – ее права и свободы. В частности, право граждан на охрану здоровья, закреплённое в ст. 41 Конституции Российской Федерации – «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» [1].

Основным гарантом обеспечения и соблюдения прав является государство, которое осуществляет свои функции через органы власти. Согласно статьи 85 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Контроль в сфере охраны здоровья включает в себя: 1) контроль качества и безопасности медицинской деятельности; 2) государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств, осуществляемый в соответствии с законодательством Российской Федерации об обращении лекарственных средств; 3) государственный контроль за обращением медицинских изделий; 4) федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляемый в соответствии с законодательством Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [2].

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности, обеспечиваемый Росздравнадзором, осуществляется путем проведения проверок применения медицинскими организациями порядков и стандартов оказания медицинской помощи, контроля соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований. Поэтому к органам, обеспечивающим безопасность медицинских услуг можно отнести и те, что обеспечивают санитарно-эпидемиологическое благополучие населения. Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере защиты прав потребителей, является Роспотребнадзор. Кроме того, этот орган участвует в разработке и утверждении государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов, а также в организации и

осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения определяется Федеральным законом № 52 – «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», как «…состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности» [3]. Из этого следует, что органы санитарно-эпидемиологического надзора обеспечивают безопасные условия для человека – состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека. Тем самым обеспечивается безопасность, в том числе и медицинских услуг, оказываемых населению. Например, расходным обязательством субъектов Российской Федерации является осуществление мер по предупреждению эпидемий. Органы санитарно-эпидемиологического надзора субъектов РФ осуществляют плановые и внеплановые проверки медицинских учреждений на предмет соблюдения санитарно-гигиенических норм и правил, что позволяет избежать и своевременно предупредить вспышки эпидемий, связанные с внутрибольничными инфекциями, которыми могут являться такие опасные для санитарно-эпидемиологического благополучия населения, как менингит, вирусы гепатита B, C и D, а также ВИЧ-инфекции. Следовательно, посредством таких мероприятий обеспечивается безопасность пациента, которому оказываются медицинские услуги.

Кроме осуществления проверок за соблюдением требований законодательства Российской федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и в области защиты прав потребителей, Роспотребнадзор осуществляет разработку и утверждение государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов, а также разработку обязательных требований в сфере защиты прав потребителей.

Санитарным законодательством охраняется Конституционное право граждан на здоровье и благоприятную окружающую

среду. В Федеральном законе от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» указано, что граждане обязаны не допускать осуществления действий, влекущих за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания. А в обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц входит обеспечение безопасности выполняемых работ и оказываемых услуг для здоровья человека.

В случаях нарушения санитарного законодательства наступает дисциплинарная, административная и уголовная ответственность. На примере судебной практики можно убедиться в эффективности проверок соответствия инвентаря, помещений медицинских учреждений санитарным нормам и правилам, и факта своевременного и соответствующего стандартам проведения профилактических мероприятий. Подавляющее количество правонарушений классифицируются как административные, предусмотренные ст. 6. 3 главы 6 особой части Кодекса об административных Правонарушениях РФ и выражающиеся в нарушении Федерального закона от 30. 03. 1999г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и СанПиН 2. 1. 3. 2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Решением суда правонарушителю предъявляют штраф, налагают обязанность исправить совершенные нарушения или приостанавливают деятельность до устранения нарушений.

В отношении уголовной ответственности применяются такие виды наказания, как штраф, лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, обязательные либо исправительные работы и, в самых тяжких случаях, лишение свободы. Но стоит отметить, что согласно данным электронной базы, судебных решений относительно нарушений санитарно-эпидемиологических правил в учреждениях здравоохранения, которые влекут за собой уголовную ответственность (ст. 236 УК РФ) в разы меньше, чем тех, в результате нарушений которых наступает административная (ст. 6.3 КоАП): 2 458 и 44 988 соответственно, в период с 01. 01. 2006 г. по 17. 05. 2015 г. [4]. Еще одним любопытным моментом является то, что

нарушение санитарных норм и правил во многих случаях происходит не в результате целенаправленных действий субъекта и его умысле, заключающемся в желании нанести вред пациентам, а из-за бездействия – нежелания проводить профилактические мероприятия и приводить помещения, инструменты в состояние, соответствующее стандартам. Что и приводит в свою очередь к известным последствиям, которые, в соответствии со своими полномочиями, пытаются предотвратить сотрудники органов санитарно-эпидемиологического надзора.

Роспотребнадзор, его территориальные отделы и другие организации, относящиеся к органам государственного санитарно-эпидемиологического надзора, не обеспечивают осуществления функций Росздравнадзора, который играет главную роль в контроле качества и безопасности оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения. Однако, исполнение таких полномочий, как надзор за санитарно-эпидемиологическим благополучием, обеспечивающимся соблюдением СанПинов, их разработкой и введением, проведением профилактических мероприятий, помогает обеспечивать безопасность медицинских услуг и избежать риска внутрибольничной инфекции, инфицирования во время медицинских манипуляций и прочих последствий, возникновение которых возможно в результате бездействия или злонамеренного нарушения санитарных норм и правил в учреждениях здравоохранения. Подводя итоги, стоит еще раз отметить, что контроль качества и безопасности медицинской деятельности, кроме всего прочего, осуществляется путем соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации. И органы санитарно-эпидемиологического надзора, хоть и косвенно, но участвуют в обеспечении этого. Эффективность проверок вышеуказанными органами не раз доказана на практике, а статистика судебной практики еще раз подтверждает их необходимость. Поэтому можно с уверенностью сказать, что исполнение полномочий органами санитарно-эпидемиологического надзора обеспечивает безопасность медицинских услуг, которая, в свою очередь, неразрывно связана с их качеством.

Список литературы:

1. *Конституция РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993г.)*
2. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*
3. *Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»*
4. *Судебные решения/ Справочная правовая система «РосПравосудие» / [Электронный ресурс] / URL:https: // rospravosudie. com (дата обращения: 17. 05. 2015).*
5. *Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП) от 30. 12. 2001 № 195-ФЗ*
6. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ*
7. *Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека»«/*
8. *Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2. 1. 3. 2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58) «/ Справочная правовая система «Гарант» / [Электронный ресурс] / Режим доступа: www. garant. ru*

Об авторе

Фомичева Анастасия Александровна – студентка 3 курса медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, г. Москва

Fomicheva Anastasia – 3rd year student of medical-prophylactic faculty, First Moscow State Medical University, Moscow

Научный руководитель – Кузьмин Станислав Борисович, ассистент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова

Supervisor – Kuzmin Stanislav Borisovich, assistant of the Department of Medical Law First MGMU IM Sechenov

Шувалова А.С.

НЕКОТОРЫЕ ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Статья посвящена анализу положений нормативно-правовых актов в сфере иммунопрофилактики, закрепляющих правомерные условия отказа в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения во время вспышки массовых заболеваний, приведены примеры судебной практики.

Ключевые слова: *иммунопрофилактика в период вспышки массовых заболеваний; последствия отказа от вакцинации, сохранение здоровья населения*

Shuvalova A. S.

CERTAIN LEGISLATIVE ASPECTS OF PEDIATRIC IMMUNIZATION

The article presents the analysis of immunization regulatory acts that fix lawful circumstances for non-admission for citizens to attend educational and health institutions during mass outbreaks periods. The examples of court practice are given.

Key words: *immunization during mass outbreaks period; vaccination denial consequences; public health protection*

Проблема сохранения здоровья относится к наиболее сложным и широко обсуждаемым проблем не только в нашей стране, но и в мире. По своей актуальности и значимости, сохранность здоровья не уступает проблемам охраны окружающей среды и экологии.

Здоровье – это состояние физического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания. Здоровье человека является высшей ценностью и охраняется государством. Охрана здоровья – это совокупность мер направленных на сохранение и укрепления здоровья каждого человека, поддержание долголетней активной жизни. Со временем общество росло и развивалось, появлялись города, увеличивалась плотность населения, увеличивалась скорость развития инфекционных заболеваний, возникали эпидемии, которые уносили жизни многих людей. Благодаря открытию вакцины стало возможным снизить скорость распространения инфекции, а то и вовсе уничтожить

некоторые из них. Государство стало использовать вакцинопрофилактические прививки как способ охраны здоровья граждан, этот способ называется иммунопрофилактикой.

Иммунопрофилактика в Российской Федерации нашла отражение в законах: «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-I, «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17. 09. 1998 № 157-ФЗ (далее – Закон об иммунопрофилактике), «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, «Об обращении лекарственных средств» от 12. 04. 2010 № 61-ФЗ. В этих законах освещаются основные права граждан и ответственность органов государственной власти и должностных лиц за обеспечение охраны здоровья граждан. Согласно Конституции РФ, мы живем в демократическом государстве, где человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Причем каждый человек решает сам, как использовать данные ему права, но встречаются исключения из правил, когда интересы отдельного человека ставят ниже интересов общества. Эпидемия – это тот случай, когда права граждан могут быть ограничены федеральным законодательством (статья 55 Конституции РФ), например, введение карантина, как критической меры для охраны здоровья граждан, приводит к ограничению прав и свобод граждан, но снижает распространение инфекции, что в свою очередь защищает здоровье общества в целом.

Иммунопрофилактика является необходимой мерой по охране здоровья граждан. Иммунопрофилактика – это медицинское вмешательство и требует письменного добровольного согласия (п. 1 ст. 5 Федерального Закона об иммунопрофилактике). В настоящее время возникла тенденция к отказу родителей от профилактической вакцинации детей. В п. 1 ст. 5 Закона об иммунопрофилактике, указано, что гражданин имеет право отказаться от профилактических прививок. Что касается детей, то принимать это решение за них должны законные представители (п. 2 ст. 11 указанного Закона).

Согласно действующему законодательству Российской Федерации гражданина нельзя обязать принудительно сделать профилактические прививки, но их отсутствие может вызвать некоторые сложности для родителей и детей. В п. 2 ст. 5 Закона об иммунопрофилактике указано, что отсутствие профилактических прививок влечет временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий. Из-за этого пункта возникают споры и конфликты между родителями и администрацией детских учреждений, которые отказываются принимать не привитых детей руководствуясь выше указанным пунктом. Судебная практика показывает, что действия администрации не всегда правомерны. Приведем несколько показательных примеров из судебной практики.

Так, по апелляционному определению Клинского городского суда Московской области от 05 декабря 2013 года по делу № 33-1117/14 гражданке Е. было отказано в посещении её ребенка детского сада, на том основании, что медицинская организация указала в заключении «временно отстранен от посещения детского сада в связи с постановлением М. З. России № 2 по эпид. показаниям (нет прививки от кори)». По решению суда действия администрации медицинской организации и детского общеобразовательного учреждения на тот период времени были правомерны. Это связанно с тем, что в данный период времени действовало постановление главного государственного санитарного врача по Московской области № 2 от 27. 05. 2013г., в котором он предложил, в связи с неблагоприятной обстановкой по кори в Московской области и с целью предупреждения ее дальнейшего распространения временный отказ в приеме в детские дошкольные образовательные учреждения детей, не привитых против кори и не болевших данной инфекцией в соответствии с ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17. 09. 1998г. № 157-ФЗ. В данном случае мы столкнулись с ситуацией, когда были ограничены права конкретных граждан с целью сохранения общественного здоровья.

Рассмотрим другой случай. Определение Нижегородского областного суда от 13 ноября 2007 г. № 33-5475, в котором судебная коллегия определила признать действия и. о. зав. Детского сада «Светлячок» о временном отказе в приеме У. В., в детское дошколь-

ное учреждение в связи с отсутствием прививки от кори незаконным. Данное решение было обосновано тем, что в тот период времени эпидемиологическая обстановка по кори не была расценена как неблагоприятная и не было никаких документов подтверждающих обратное. Поскольку необходимые условия для применения п. 2 ст. 5 Федерального закона № 157-ФЗ от 17. 09. 1998г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», отсутствовали, заведующая детского сада не имела права принимать решения о временном отказе в приеме ребенка в детское дошкольное общеобразовательное учреждение. Приняв такое решение, она нарушила конституционные права ребенка и его родителей.

Таким образом, мы видим, что основной целью государства является защита основных конституционных прав человека, но встречаются случаи, когда защита прав конкретного человека может идти в разрез с интересами общества в целом. Недостаток у родителей информации о том, что иммунопрофилактика является высокоэффективным способом массовой или индивидуальной профилактики вирусных и инфекционных болезней, приводит к отказам от вакцинирования детей и подростков и как следствие – увеличению количества инфекционных заболеваний.

Низкий процент охвата населения профилактическими прививками подрывает общественное здоровье, отсутствует «коллективный иммунитет». Не привитой ребенок является потенциальным источником распространения инфекции. Введение ограничительных мероприятий по отношению к таким детям в случаи возникновения риска распространения массовых инфекционных заболеваний являются правомерными, так как в этих случаях общественные интересы стоят выше.

Список литературы:

1. *«Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12. 12. 1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30. 12. 2008 № 6-ФКЗ, от 30. 12. 2008 № 7-ФКЗ, от 05. 02. 2014 № 2-ФКЗ, от 21. 07. 2014 № 11-ФКЗ). Ст. 41, Ст. 55*
2. *Федеральный закон от 17. 09. 1998 № 157-ФЗ (ред. от 31. 12. 2014, с изм. от 06. 04. 2015) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (17 сентября 1998 г.)*

3. *Федеральный закон от 21. 11. 2011 № 323-ФЗ (ред. от 06. 04. 2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09. 05. 2015)*
4. *Апелляционное определение Клинского городского суда Московской области от 05 декабря 2013 года по делу № 33-1117| 14*
5. *Определение Нижегородского областного суда от 13 ноября 2007 г. № 33-5475*

Об авторе

Шувалова Анна Сергеевна – студентка 3 курса медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова, Москва

Shuvalova Anna Sergeevna – third-year student of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Научный руководитель – Светлана Игоревна Поспелова, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, кандидат юридических наук, Москва

Scientific adviser – Svetlana Igorevna Pospelova, assistants professor Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Национальный институт медицинского права, 2015

ISBN 9785990414334